La pratique de la césarienne

Recommandations pour un programme de contrôle de la qualité

Mme Mary Catherine Lindberg
Sous-ministre adjointe
Services de santé aux consommateurs
et planification
Édifice Hepburn, 9e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario)
M7A 1R3

Madame,

Le Comité sur le contrôle de la qualité de l'accouchement par césarienne a été formé à la requête du ministère de la Santé pour étudier les cas d'accouchement par césarienne dans la province. Notre groupe multidisciplinaire de planification a maintenant terminé ses délibérations et vous soumet respectueusement ses conclusions et recommandations.

Veuillez agréer, Madame Lindberg, l'expression de mes sentiments distingués.

Ken Milne, président

Karyn Kaufman, Coordonnatrice

Martha Forestell

Paul Hergott

Karen McArthur

Rachel Edney

Carl Nimrod

Rudy Gasparelli

Gloria Crotin

Caroline Sufrin-Disler

Wendy Russell

Linda Gerry

93-00565/

Sommaire

Sommaire

Introduction et travail du comité (Chapitres 1 & 2)

Au mois de novembre 1989, l'honorable Elinor Caplan, qui était alors ministre de la Santé, a annoncé la formation d'un comité sur le contrôle de la qualité de l'accouchement par césarienne, qui serait chargé de définir la structure et d'assurer le fonctionnement d'un programme coopératif permanent de contrôle de la qualité visant à promouvoir les meilleurs résultats possibles pour les mères et pour les nouveau-nés.

Les taux de césariennes en Ontario sont parmi les plus élevés au monde. Les comparaisons internationales indiquent des variations considérables dans ce domaine. Les taux de césariennes élevés ne sont pas nécessairement associés à une amélioration de la santé des mères et des enfants. Certains pays, qui ont des taux faibles de césariennes, affichent également des taux faibles de mortalité périnatale.

Une conférence nationale s'est réunie au Canada en 1985 pour parvenir à un accord général sur différents aspects de l'accouchement par césarienne et pour attirer l'attention de tout le pays sur la pratique appropriée de la césarienne en réponse à diverses pathologies obstétriques. Le comité d'accord général a élaboré des directives sur la pratique de la césarienne qui ont été publiées dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* et distribuées aux médecins, mais il semble qu'elles n'aient guère eu d'impact sur la pratique effective.

Le comité multidisciplinaire sur le contrôle de la qualité de l'accouchement par césarienne s'est réuni pendant une période de dix mois pour mener ce travail plus loin et formuler des recommandations. Les membres du comité étaient représentatifs des associations hospitalières, médicales et infirmières, des groupes de consommateurs et du ministère de la Santé.

Les principes suivants ont servi de guides à la formulation des recommandations :

- Qu'une réduction continue et durable des taux d'accouchements par césarienne est plus importante qu'un chiffre cible spécifique, étant donné que l'on ne peut pas prouver ce qui constitue un taux idéal.
- Que les informations courantes valides sur les différents aspects de l'accouchement par césarienne constituent la base la plus appropriée pour les directives et les recommandations en la matière.
- Que le public et les professionnels de la santé partagent la responsabilité en ce qui concerne la modification de l'attitude actuelle envers la césarienne.
- Que le travail et l'accouchement sont des événements normaux de la vie d'une femme, et que les avantages de la non-intervention dans ces processus sont bien établis.

Le comité a fixé deux objectifs majeurs au programme de contrôle de la qualité.

1 Réduire le nombre des accouchements par césarienne en Ontario, particulièrement ceux dont l'indication majeure est :

a) une césarienne antérieure; ou
b) une dystocie du travail, particulièrement lorsqu'elle est diagnostiquée pendant la phase de latence ou le début de la phase active du travail.

2 Accroître le nombre des accouchements spontanés normaux.

Les experts décrivent le contrôle de la qualité comme un processus continu et permanent dans le cadre duquel les activités effectuées pour dispenser des soins médicaux sont mesurées, comparées à des objectifs donnés et corrigées afin d'améliorer la santé des groupes en cause.

Le travail du comité témoigne de cette façon d'envisager le contrôle de la qualité : il a passé en revue les directives et les activités courantes ainsi que les facteurs qui influencent la pratique et pourraient faire obstacle à l'adoption des directives et à la réalisation des objectifs; il a, par ailleurs, examiné différentes stratégies susceptibles de provoquer des changements, et recommandé de nouvelles activités pour rapprocher la pratique des directives.

Les accouchements par césarienne en Ontario (Chapitre 3)

Le taux des césariennes au Canada est de 18,7 pour 100 accouchements (1986-1987). Les données internationales indiquent que seuls les États-Unis et le Brésil affichent des taux plus élevés. Le taux de l'Ontario est resté pendant plusieurs années légèrement supérieur à celui du Canada. Le taux le plus récent pour l'Ontario (1988-1989) est de 20,03 pour 100 naissances; il n'a guère changé depuis 1984-1985.

Le taux général de césarienne est plus faible dans la région du Sud-Ouest (17,8 %) et plus élevé dans la région du Nord-Est (22,1 %), mais, dans chaque région, on note des variations considérables entre les hôpitaux. On trouve des taux faibles et élevés dans les petits hôpitaux comme dans les hôpitaux plus importants. Il ne semble pas que l'on puisse expliquer les différences par un seul facteur, comme la présence de femmes à risque élevé, la disponibilité de spécialistes médicaux ou le recours à certaines pratiques spécifiques pendant le travail. Cela indique que des facteurs multiples sont en jeu dans une région ou dans un hôpital donné et que, pour changer l'état actuel des choses, les programmes devront en tenir compte.

Principales indications de la césarienne (Chapitre 4)

La césarienne antérieure est l'indication la plus fréquente de césarienne

en Ontario et représente 40 % de toutes les interventions. Parmi les femmes qui ont déjà eu une césarienne et qui se trouvent de nouveau enceintes, 88 % subissent une nouvelle césarienne (1988-1989). Ce pourcentage a baissé depuis 1984-1985, époque où il était de 95,4 %. Dans la région du Sud-Ouest, 86 % des femmes avec une césarienne antérieure en subissaient une nouvelle, tandis que dans la région du Nord-Est, la proportion était de 95 %. Les publications médicales contiennent de nombreux rapports d'accouchement vaginal après une césarienne (AVAC). L'analyse des recherches effectuée par le comité a porté sur 17 000 cas d'AVAC, et a indiqué un taux moyen d'accouchements vaginaux de 77 %, avec des résultats satisfaisants pour la mère et pour l'enfant. Parmi les femmes avec une incision transversale au niveau du segment inférieur, aucun décès de la mère par suite de rupture de l'utérus pendant le travail n'a été signalé depuis des décennies dans les pays industrialisés.

La morbidité maternelle est plus élevée avec les césariennes subséquentes par suite des risques associés à l'anesthésie, aux lésions opératoires, à la morbidité fébrile et aux réactions psychologiques. Les risques de rupture de l'utérus et de déhiscence représentent un pourcentage de 0,2 % et 0,4 %, respectivement, dans les séries qui ont fait l'objet de rapports, et ne semblent pas plus élevés parmi les femmes qui optent pour le travail que parmi celles qui ont une nouvelle césarienne volontaire.

La dystocie est à l'origine de 19 % de toutes les césariennes et vient au deuxième rang des indications de césarienne les plus courantes en Ontario. Ce diagnostic est surtout associé au travail qui accompagne les premières grossesses et constitue la cause majeure des césariennes primaires. On manque de données scientifiques pour définir les *meilleurs* critères de diagnostic de la dystocie; des directives de travail ont été proposées par le comité d'accord général dans le cadre de la déclaration de 1986. Les résultats d'un sondage effectué en Ontario indiquent que la dystocie est fréquemment diagnostiquée et traitée par la césarienne au cours de la phase de latence du travail, ce qui n'est pas conforme aux directives publiées. Les experts recommandent d'utiliser un partographe pour suivre le travail et mieux circonscrire le diagnostic de dystocie. Il faudra faire des recherches supplémentaires pour mieux établir le rapport entre la dystocie et certains aspects des soins aux femmes en travail comme l'amniotomie, l'administration d'ocytocine, le soutien pendant le travail et la pratique d'une épidurale. Il est important de réduire la dystocie et son traitement par césarienne si l'on veut faire baisser les taux généraux de césariennes parce que moins de femmes seront alors exposées au risque d'une césarienne subséquente.

Examen des directives sur la pratique (Chapitre 5)

Les directives du rapport de la conférence d'accord général (1986) sur les indications de césarienne ont été examinées de près pour déterminer s'il fallait leur apporter des changements à la lumière des informations nouvelles. Huit secteurs ont été identifiés qui pourraient faire l'objet de révision. Les professionnels de la santé, les hôpitaux et les organisations de consommateurs ont été consultés sur la nécessité de mettre à jour les directives existantes. Le comité a fait porter son analyse sur les secteurs suivants :

- **Désignation des structures hospitalières appropriées**
  Sur la base des données relatives aux situations d'urgence, la comité a conclu que les directives devraient être révisées pour stipuler que tout service d'obstétrique hospitalier, s'il est en mesure de pratiquer une césarienne d'urgence, peut répondre sans danger, et sans augmenter ses ressources, aux besoins des femmes qui ont déjà eu une césarienne et qui optent pour le travail.
- **Travail après plus d'une césarienne antérieure**
  L'analyse des publications donne des exemples croissants, mais encore relativement peu nombreux, de travail après plus d'une césarienne antérieure. Le taux d'AVAC (70 %) et les taux estimés de communication semblent indiquer une équivalence avec les résultats des femmes qui ont eu une seule césarienne antérieure. Compte tenu de l'accumulation de l'expérience dans ce domaine, le comité a conclu que la décision relativement à la méthode d'accouchement devrait être laissée à la femme et à son (sa) médecin.
- **Administration d'ocytocine pendant le travail dans les cas de césarienne antérieure**
  Les rapports sur l'administration d'ocytocine sont de plus en plus nombreux, et l'usage judicieux d'ocytocine semble sans danger. Il faut poursuivre les recherches et établir une distinction plus claire, dans les rapports, entre l'administration d'ocytocine aux fins de déclenchement *et* aux fins d'augmentation du travail.
- **Travail dans les cas de grossesse multiple ou de présentation du siège après une césarienne antérieure**
  Les rapports publiés indiquent de bons résultats, mais l'expérience reste limitée. Le comité a conclu que la décision doit être laissée à la femme et à son (sa) médecin.
- **Nécessité d'une consultation avant et pendant l'accouchement avec un(e) obstétricien(ne)/chirurgien(ne)**
  Le comité a conclu que, lorsque les documents indiquent que la femme a subi une incision transversale basse, le (la) pourvoyeur(euse) principal(e) de soins n'est pas tenu(e) de consulter un(e) obstétricien(ne) avant l'accouchement. Il faut que les structures nécessaires pour l'accouchement soient en place comme pour toute femme en travail.
- **Critères pour le diagnostic de dystocie**
  Le comité a confirmé les critères recommandés dans le rapport de la conférence d'accord général (1986) pour le diagnostic de dystocie, et a aussi recommandé l'utilisation d'un partographe normalisé pour suivre le travail.
- **Efficacité de la version céphalique par manoeuvres externes**
  Les preuves accumulées depuis 1985-1986 indiquent que cette procédure est efficace lorsqu'elle est utilisée à terme pour réduire les présentations par le siège et les césariennes subséquentes.

Influence des facteurs non médicaux (Chapitre 6)

Certains facteurs sociaux et non médicaux contribuent à expliquer pourquoi les directives n'ont pas nécessairement d'impact sur la pratique clinique. Ces facteurs comprennent la crainte des poursuites judiciaires, le style personnel des praticiens, le milieu de travail, la commodité, les encouragements financiers, les ressources disponibles, et les préférences des femmes.

Des sondages récents indiquent que les obstétriciens ont accru leur utilisation de certaines pratiques au cours des trois dernières années, y compris des pratiques dont l'efficacité n'est pas établie, p. ex. l'échographie systématique, les tests biochimiques du bien-être du foetus, la surveillance électronique du foetus et la césarienne pour souffrance foetale soupçonnée. La crainte des poursuites judiciaires a une forte influence sur l'utilisation de ces technologies. Le recours plus fréquent à la césarienne est souvent considéré comme un moyen de réduire les risques de poursuites judiciaires.

Les conclusions de la publication récente de J.R. Prichard, intitulée *Liability and Compensation in Health Care*, recommandent l'amélioration de la qualité des soins et la création d'un système de réparation sans égard à la responsabilité personnelle pour les personnes victimes de dommages évitables. Les directives relatives à la pratique et le contrôle des collègues sont des méthodes qui permettent d'accroître la qualité des soins. Un nouveau système de réparation pourrait contribuer à réduire la crainte des poursuites judiciaires.

L'Association canadienne de protection médicale est une source d'information majeure sur les questions de responsabilité pour les médecins. Sa déclaration sur la césarienne ne reflète pas la sécurité démontrée de l'AVAC.

La diminution du nombre des médecins qui dispensent des soins d'obstétrique est une source de préoccupation car l'on craint que plusieurs collectivités ne tardent pas à se retrouver sans services d'obstétrique. Les spécialistes et les médecins de famille invoquent le mode de vie et la responsabilité civile pour expliquer pourquoi ils abandonnent l'obstétrique.

Des enquêtes ont permis d'étudier le rapport entre la rémunération et les taux de césariennes. On a suggéré d'associer des encouragements financiers aux AVAC pour augmenter leur fréquence. Il faudrait au moins que les honoraires ne constituent pas une récompense pour les césariennes volontaires subséquentes.

Il faut chercher à mieux comprendre l'opinion des femmes sur les questions de sécurité et sur les avantages respectifs de la césarienne et de l'AVAC. Cependant, les raisons des préférences des femmes et l'exactitude des informations dont elles disposent sont encore mal connues. On a démontré l'importance de l'interaction entre les femmes et les personnes qui leur dispensent les soins aussi bien sur le plan de l'information que de la décision quant à la méthode d'accouchement.

Le style personnel des praticiens a également une influence sur les taux de césariennes, mais la base de la décision clinique semble être complexe et influencée par un grand nombre des facteurs, non médicaux tout autant que médicaux.

Stratégies proposées pour réduire le nombre des césariennes (Chapitre 7)

Plusieurs rapports insistent sur la modification de la pratique médicale, étant donné que c'est l'obstétricien(ne)/chirurgien(ne) qui pratique l'intervention. Diverses études ont cherché à évaluer les effets de la diffusion d'informations, du contrôle des collègues – avec communication des résultats aux intéressés, des modifications administratives, de la participation au changement, et des récompenses/pénalités, sur l'amélioration de la pratique des médecins.

L'information, à elle seule, n'a guère réussi à modifier la pratique à moins que d'autres facteurs présents dans le milieu n'aient beaucoup facilité les choses et que la personne ait été convaincue de la nécessité du changement.

Une stratégie réussie a été le contrôle d'une autorité respectée, avec communication des résultats aux intéressés et comparaison avec les collègues. Les règlements administratifs, comme l'obligation d'obtenir une deuxième opinion pour pratiquer une césarienne subséquente volontaire, et les pénalités, ont donné des résultats variés et peuvent provoquer des résistances.

Les études sur les soins prodigués pendant le travail indiquent que la pratique de certains soins infirmiers peut avoir pour effet de réduire les interventions pendant le travail et l'accouchement. Un soutien continu de la part des infirmières peut être l'un des facteurs qui contribueront à réduire le nombre des césariennes. Les infirmières des services d'obstétrique n'ont que des possibilités limitées de spécialisation après l'obtention du diplôme et ont besoin d'avoir davantage d'occasions de se tenir au courant des données les plus récentes.

Il est important de mieux informer le public sur les différents aspects du travail et de l'accouchement, particulièrement en ce qui concerne la césarienne. Les femmes qui sont au courant des options qui s'offrent à elles peuvent en discuter avec les pourvoyeurs de soins. Les groupes d'information sur l'accouchement et les conseils de santé sont d'importantes sources d'information. Une large diffusion d'informations claires sur l'accouchement auprès d'une population plus vaste pourrait amener le public à modifier son opinion des services d'obstétrique.

Des programmes hospitaliers visant spécifiquement à réduire les accouchements par césarienne ont été mis en oeuvre dans divers centre d'Amérique du Nord. Il s'agit, en général, de sessions d'enseignement et de contrôle des collègues, avec communication des résultats aux intéressés et directives spécifiques. L'obligation d'une deuxième opinion, le recours aux experts, l'utilisation de personnes chargées d'influencer leurs collègues et les sessions d'information du public font partie de certains de ces programmes. La plupart des programmes sont dispensés dans de grands hôpitaux d'enseignement, mais les hôpitaux communautaires ont également été capables d'effectuer des changements avec succès.

Recommandations (Chapitre 8)

Les recommandations du comité visent un vaste éventail de facteurs qui ont tous une influence sur les taux de césariennes. Les recommandations s'adressent aux groupes et aux organismes qui sont les mieux placés pour adopter certaines mesures spécifiques.

Les grands secteurs visés par les recommandations comprennent ce qui suit :

- Mettre à jour les directives du rapport de la conférence d'accord général de façon à :
  - recommander l'accouchement vaginal après plus d'une césarienne antérieure;
  - déclarer les hôpitaux équipés pour les césariennes d'urgence en mesure de recevoir les femmes qui optent pour un AVAC;
  - supprimer l'exigence d'une consultation avec un(e) spécialiste pendant la période prénatale lorsque les documents indiquent une césarienne antérieure par incision transversale basse;

- recommander la version céphalique par manoeuvres externes à terme pour les présentations par le siège.

- Faire de l'accouchement vaginal la norme pour les femmes qui ont déjà eu une césarienne et qui sont de nouveau enceintes :
  - en retirant la section transversale basse de la catégorie de risque B;
  - en élaborant et en diffusant un protocole modèle pour les soins aux femmes en travail après une césarienne antérieure;
  - en modifiant les termes utilisés pour décrire les aspects du travail après une césarienne antérieure de façon à supprimer toute connotation de jugement;
- Réduire le nombre des césariennes pratiquées pour dystocie du travail en adoptant des politiques qui insistent sur le caractère normal du travail et de l'accouchement :
  - en faisant un usage judicieux de l'ocytocine dans des circonstances bien définies;
  - en adoptant un partographe normalisé à utiliser pendant le travail pour contribuer à uniformiser la détection et le diagnostic du travail non progressif.
- Modifier les influences non médicales pour aider le public et les praticiens à changer leurs attentes et leurs comportements relativement à l'accouchement par césarienne. Les changements spécifiques recommandés comprennent :
  - la révision de la déclaration de l'Association canadienne de protection médicale de façon à ce qu'elle reflète les nouvelles informations sur l'AVAC;
  - l'amélioration des ressources humaines de façon à augmenter la disponibilité des services d'obstétrique et leur niveau de soutien;
  - la modification du barème des honoraires en faveur de l'AVAC;
  - l'accroissement de l'information des femmes et de leur famille sur l'accouchement et la césarienne;
  - l'augmentation des occasions de spécialisation des professionnels de la santé en cause.
- Mettre en place un système de contrôle, avec communication des résultats aux intéressés, dans chaque hôpital, avec obligation de rendre compte.
- Organiser une conférence sur les stratégies utilisées avec succès pour que les hôpitaux et les consommateurs puissent combiner le contrôle avec communication des résultats aux intéressés avec d'autres stratégies, en fonction de leur situation particulière.

Remerciements

Remerciements

La formation du comité sur le contrôle de la qualité des accouchements par césarienne a donné l'occasion aux spécialistes de la santé et aux consommateurs de se réunir pour discuter de leurs préoccupations communes sur un aspect de l'obstétrique qui mérite une attention continue. La césarienne fait partie de la pratique obstétrique quotidienne en Ontario, et s'avère l'une des interventions les plus importantes et les plus utiles dans des situations qui présentent une menace grave pour la mère ou pour le foetus pendant le travail. Cependant, la majorité de notre analyse porte sur les cas où il serait possible de recourir à une autre solution sans danger pour la mère, le foetus ni le nouveau-né. Pendant les dix mois où nous avons travaillé ensemble, l'objectif de notre comité a été de définir en quoi consiste l'usage judicieux de la césarienne.

J'espère que ce rapport témoignera de l'évolution des pratiques courantes et s'avérera un guide utile pour les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les personnes chargées de la préparation à l'accouchement, et les femmes et leur famille qui se posent des questions sur la pratique appropriée de la césarienne.

J'aimerais remercier plusieurs personnes pour la contribution qu'elles ont apportée à ce rapport : Suzanne Bone, étudiante de 3e cycle à l'université de Toronto pour la bibliographie annotée et la première version d'un grand nombre de chapitres; Karen Webster, coordonnatrice de la base de données périnatales au centre de santé St Joseph de London, Ontario, pour son aide avec le système de vérification des hôpitaux, Karen Campbell, du *Lawson Research Institute*, pour l'analyse et l'interprétation des données, et pour son travail de conseillère spéciale auprès du comité; Louise Hanvey et Monica Prince pour l'aide apportée au traitement des données fournies par le sondage auprès des hôpitaux de l'Ontario; et Geoffrey Anderson, pour l'analyse des données du HMRI. Je remercie aussi tout particulièrement Denise Eckert pour la patience avec laquelle elle a dactylographié, corrigé, révisé, découpé et collé, afin de produire le manuscrit définitif.

Je tiens aussi à remercier personnellement les membres du comité pour leur engagement envers le présent projet et pour la qualité des dialogues qu'ils ont su établir les uns avec les autres. Au nom du comité, j'espère que nos recommandations contribueront aux efforts que la province ne cesse de déployer pour dispenser des soins d'obstétrique de qualité optimale aux femmes et à leurs enfants.

J. Kenneth Milne, MD, FRCS(C)
London (Ontario)
Mars 1991

Table des matières

Lettre d'accompagnement i
Sommaire ii
Remerciements vi

Chapitre 1 – Introduction 1
Mandat du comité 1
Historique 1
Formation du comité 1
Principes philosophiques 2
Buts et objectifs 2
Mandat 2

Chapitre 2 – Réflexions sur le contrôle de la qualité 3
Composantes des programmes de contrôle de la qualité 3
Organisation du rapport en fonction des composantes du contrôle de la qualité 4

Chapitre 3 – Les accouchements par césarienne en Ontario 5
Comparaisons internationales 5
Comparaisons entre les différentes tendances au Canada 6
Les tendances en Ontario 6
Variations des taux d'accouchement par césarienne en Ontario 7
Influence des pratiques spécifiques 12

Chapitre 4 – Principales indications de la césarienne 14
Césarienne antérieure 14
Dystocie 16
Diagnostic de dystocie 16
Traitement des femmes en travail 16

Chapitre 5 – Révision des indications de la césarienne 18
Désignation des structures hospitalières appropriées 18
Travail après plus d'une césarienne antérieure 18
Administration d'ocytocine pendant le travail dans les cas de césarienne antérieure 19
Travail dans les cas de grossesse multiple ou de présentation par le siège après une césarienne antérieure 19
Nécessité d'une consultation avant et pendant l'accouchement avec un(e) obstétricien(ne)/chirurgien(ne) 19
Critères pour le diagnostic de dystocie 20
Efficacité de la version céphalique par manoeuvres externes (VCE) 20

Chapitre 6 – Influence des facteurs non médicaux 21
Crainte des poursuites judiciaires parmi les médecins 21
Crainte des poursuites judiciaires parmi les infirmières et infirmiers 22
Ressources humaines 23
Encouragements financiers 23
Commodité pour les médecins 24
Préférences des femmes 24
Style personnel des médecins 25

Chapitre 7 – Stratégies proposées pour réduire le nombre des césariennes 26
Stratégies visant à modifier la pratique médicale 26
Éducation 26
Contrôle par les collègues avec rapport aux intéressés 27
Pratique infirmière 28
Information des consommateurs 28
Programmes hospitaliers 29

Chapitre 8 – Recommandations 31
Mise à jour des directives sur la pratique 31
Responsabilité de la mise à jour continue des directives 31
Adoption de nouvelles normes de soins 32
Prévention et traitement de la dystocie 32
Modification des facteurs non médicaux pour encourager l'adoption des directives 33
Crainte des poursuites judiciaires 33
Planification des ressources humaines 33
Rémunération des médecins 33
Besoins d'information du public et du personnel spécialisé 33
Vérification des hôpitaux avec rapport aux praticiens 34
Suivi des résultats du contrôle 35
Conférence provinciale sur l'accouchement par césarienne 35
Recherche 35

Références 36

Annexes
I Rapport de la conférence d'accord général 40
II Biographie des membres du comité 45
III Communications et consultations 47
IV Taux de césariennes dans les hôpitaux de l'Ontario 48
V Comparaison entre certaines pratiques hospitalières et les taux d'accouchement par césarienne 50
VI Tables des résultats : Travail planifié après une césarienne antérieure 51
VII Résultats d'études randomisées contrôlées de version céphalique par manoeuvres externes 54
VIII Dossier prénatal de l'Ontario 56
IX Directives pour le déclenchement du travail 59
X Directives propres à l'administration cervicale et vaginale des prostaglandines pour le déclenchement du travail 62
XI Partographe du travail 65
XII Formules de contrôle à l'usage des hôpitaux pour évaluer les accouchements par césarienne 68
XIII Glossaire des termes 76

Chapitre 1

Introduction

Mandate du comité

En novembre 1989, la création d'un comité sur le contrôle de la qualité des accouchements par césarienne a été annoncée lors d'une conférence internationale sur le contrôle de la qualité réunie à Toronto. Le comité avait pour mandat de définir les paramètres – structure et fonctionnement – d'un programme coopératif continu de contrôle de la qualité des accouchements par césarienne en Ontario en vue d'améliorer les résultats pour les mères et pour les nouveau-nés. À l'issue de diverses consultations avec des spécialistes et des consommateurs, et avec leur collaboration, le comité était chargé de recommander un programme de contrôle de la qualité au ministère de la Santé.

Historique

La césarienne était connue à l'époque biblique, mais rares étaient les mères et les enfants qui survivaient. Depuis les années 1950, la césarienne est considérée comme une intervention sans danger grâce aux techniques modernes de chirurgie et d'anesthésie. Elle est graduellement devenue une pratique quotidienne et l'une des opérations chirurgicales les plus courantes en Ontario. De nos jours, 20 % des femmes qui accouchent subissent cette intervention, et les césariennes constituent 30 % de toutes les journées passées à l'hôpital pour cause d'accouchement.

On s'est posé des questions, cependant, sur le bien-fondé de l'usage qui est actuellement fait de la césarienne, d'autant plus que les taux de l'Ontario sont relativement élevés comparés aux autres régions du Canada et aux autres pays. (On trouvera une discussion détaillée à ce sujet au chapitre 3). Les taux rapportés dans le monde varient entre moins de 10 % et plus de 30 % de l'ensemble des naissances[124]. Les comparaisons entre les régions géographiques, les hôpitaux et les médecins individuels indiquent des variations considérables de la fréquence des césariennes.

Les indications diagnostiques de la césarienne varient également suivant les pays, les hôpitaux et les médecins. Par exemple, en Ontario, presque 90 % des femmes qui ont déjà eu une césarienne et qui accouchent de nouveau subissent une nouvelle césarienne, par comparaison avec 45 % aux Pays-Bas et 53 % en Norvège[124]. Le plus inquiétant, c'est que l'on ne peut pas associer la variation des taux avec une amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés. Les comparaisons internationales indiquent des niveaux faibles de mortalité périnatale parmi certaines populations qui ont également des taux de césariennes faibles.

En réponse à l'augmentation continue des taux de césariennes dans tout le Canada et aux variations connues entre les pays, une conférence a été organisée en 1985 sur différents aspects de l'accouchement par césarienne. Elle réunissait des représentants des spécialités médicales, des universitaires, des professionnels de la santé et des consommateurs qui ont cherché à parvenir à un accord général sur le sujet. Elle a abouti à une déclaration d'accord général sur la césarienne au Canada, accompagnée de directives relatives à l'utilisation appropriée de la césarienne en fonction d'indications obstétriques variées. Cette déclaration a été approuvée au niveau national par la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada et par les professeurs d'obstétrique et de gynécologie. Elle a fait l'objet d'une large circulation parmi les obstétriciens, les hôpitaux et les groupes de consommateurs intéressés par l'accouchement. En outre, elle a été publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* en juin 1986 (voir Annexe I). Malgré cette diffusion importante, les recherches actuelles indiquent que les directives semblent avoir eu peu d'impact sur la pratique courante[106].

Formation du comité

La poursuite des recherches sur les accouchements par césarienne a été annoncée lors d'une conférence internationale sur le contrôle de la qualité réunie à Toronto en novembre 1989[115]. L'honorable Elinor Caplan, alors ministre de la Santé, a déclaré qu'elle allait nommer un groupe multidisciplinaire chargé d'élaborer un programme de contrôle de la

qualité des accouchements par césarienne. Le but ultime de la ministre était d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés en limitant le recours inutile à la césarienne. L'objectif proposé était une baisse des taux de césariennes qui devaient passer à 15 % dans les deux ans.

Suite à cette annonce, un comité multidisciplinaire a été constitué dont les membres représentaient plusieurs groupes directement concernés par la question de l'accouchement par césarienne. Le comité s'est réuni à 11 reprises entre février 1990 et mars 1991. Il était présidé par le Dr Kenneth Milne, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'université Western Ontario, et alors président de la section ontarienne de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Les 12 membres provenaient de l'Ontario Medical Association, de la section ontarienne de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, du chapitre ontarien du Collège canadien des médecins de famille, de l'Ontario College of Physicians and Surgeons, de l'Ontario Nurses Association, de l'Ontario Hospital Association, de deux groupes de consommateurs intéressés par l'accouchement, Childbirth Concerns, Sudbury et VBAC/AVAC Canada, et du ministère de la Santé (Annexe II). Les membres étaient représentatifs de la collectivité et des hôpitaux d'enseignement, et des diverses régions géographiques de la province.

On trouvera dans la suite de ce chapitre un résumé des discussions du comité sur les principes philosophiques en cause, les objectifs d'un programme de contrôle de la qualité et le mandat spécifique qui a guidé le travail des participants.

Principes philosophiques

Le comité a décidé de s'appuyer sur les principes suivants pour effectuer ses délibérations et formuler ses recommandations :

- Qu'une réduction continue et durable des taux d'accouchement par césarienne est plus importante qu'un chiffre cible spécifique, étant donné que l'on ne peut pas prouver ce qui constitue un taux idéal;
- Que les informations courantes valides sur les différents aspects de l'accouchement par césarienne constituent la base la plus appropriée pour les directives et les recommandations en la matière;
- Que le public et les professionnels de la santé partagent la responsabilité en ce qui concerne la modification de l'attitude actuelle envers la césarienne;
- Que le travail et l'accouchement sont des événements normaux de la vie d'une femme, et que les avantages de la non-intervention dans ces processus normaux sont bien établis.

Buts et objectifs

Le comité a défini le but général d'un programme de contrôle de la qualité comme étant l'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés en Ontario.

Pour atteindre ce but, deux objectifs majeurs ont été identifiés :

1 Réduire la fréquence des césariennes en Ontario, particulièrement celles dont l'indication principale est :

a) une césarienne antérieure; ou
b) une dystocie du travail, particulièrement lorsqu'elle est diagnostiquée pendant la phase de latence ou au début de la phase active.

2 Augmenter la fréquence des accouchements spontanés normaux.

Mandat

Le mandat suivant a servi de guide au comité pour élaborer un programme de contrôle de la qualité conforme à ses principes et capable d'atteindre le but et les objectifs fixés.

1 Recueillir et analyser des données sur les tendances et les taux actuels de l'Ontario en matière de césarienne;

2 Revoir la déclaration d'accord général de 1985 sur les indications de césarienne préconisées dans le cadre de la conférence nationale sur différents aspects de l'accouchement par césarienne dans le but d'accepter, de modifier ou de rejeter ses directives;

3 Examiner le rapport entre la pratique de la césarienne et la qualité de vie et le niveau de stress des médecins, à la lumière des attentes des consommateurs et de la crainte des poursuites judiciaires;

4 Examiner les publications courantes ainsi que les connaissances et les pratiques en vigueur concernant les indications d'accouchement par césarienne dans le but de modifier les attitudes et la pratique;

5 Examiner la situation actuelle en matière d'information sur la césarienne (médecins, infirmières, autres professionnels de la santé et consommateurs) et faire des recommandations au Ministère relativement à l'élaboration d'un programme d'information efficace sur le sujet;

6 Passer en revue les stratégies utilisées pour mettre en pratique la déclaration d'accord général sur la césarienne et faire des recommandations sur les moyens d'assurer la mise en oeuvre efficace des directives;

7 Identifier les ressources nécessaires, au sein du système de soins médicaux, pour la mise en oeuvre et le soutien d'un programme de contrôle de la qualité, et y avoir recours.

Le comité a commencé par consulter des experts sur les questions médico-légales, les stratégies d'information, les indications médicales de césarienne, les préoccupations des consommateurs et les programmes de contrôle de la qualité utilisés dans d'autres juridictions. (On trouvera à l'Annexe III une liste complète des consultations.) Le comité a aussi demandé aux organismes professionnels de lui soumettre des communications écrites (voir chapitre 5); il a procédé à un examen complet des publications sur le sujet et a analysé les données actuelles sur les césariennes en Ontario.

Toutes les informations disponibles ont été prises en considération avant de formuler les recommandations. Les opinions exprimées, cependant, sont uniquement le fruit de l'unanimité au sein du comité. Il se peut qu'elles coïncident avec les opinions de certains groupes ou certains experts, mais aucun effort n'a été tenté pour représenter toutes les idées exprimées dans le cadre des diverses consultations.

Réflexions sur le contrôle de la qualité

Chapitre 2

Avant d'effectuer son travail et de formuler ses recommandations, le comité a dû s'interroger sur ce que signifie le contrôle de la qualité. On trouvera ci-dessous une brève description d'un nouveau secteur de spécialisation en pleine évolution.

Composantes des programmes de contrôle de la qualité

Les programmes de contrôle de la qualité regroupent un ensemble d'activités destinées à améliorer les soins médicaux dans leur ensemble. Le contrôle de la qualité, tel que défini par l'un de ses avocats les plus ardents[11], ne consiste pas à relever les erreurs et à dénoncer les pratiques douteuses mais vise, bien plutôt, l'amélioration *continue* des soins de santé.

Un programme de contrôle de la qualité ne se limite donc pas, par exemple, à l'analyse des dossiers des patients. C'est quelque chose de beaucoup plus vaste qui témoigne d'une approche très complète de l'amélioration du rendement. Trois composantes des programmes de contrôle de la qualité ont été identifiées[105] :

1 Mesure de l'activité; p. ex. Qu'est-ce qui arrive ? À qui ? Par qui? Pour quelles raisons ?

2 Comparaison entre l'activité et les objectifs; p. ex. Les activités correspondent-elles aux objectifs ? Obtient-on les résultats désirés ? Le système fait-il ce qu'il est supposé faire ?

On appelle cette composante l'évaluation de la qualité.

3 Prise rapide des mesures nécessaires pour corriger les activités qui ne contribuent pas à l'amélioration.

De nos jours, dans le système de soins médicaux, on dispose de connaissances considérables et on a l'expérience voulue pour mesurer l'activité (la première composante). Il est relativement facile d'obtenir des mesures de la fréquence des événements, des lieux où ils se produisent, de ceux qui en sont responsables, etc.

Il est plus difficile de comparer les activités avec les objectifs (la seconde composante), parce que les objectifs des soins sont habituellement moins visibles et moins clairement formulés que les activités. Les objectifs existent également à deux niveaux, ce qui complique encore davantage le problème posé par leur définition. Les objectifs du premier niveau, ou objectifs primaires, sont ceux qui visent des résultats «réels» qui constituent une preuve de l'amélioration de la santé des groupes cibles touchés par le traitement ou par l'action. En ce qui concerne les césariennes, par exemple, ces résultats sont mesurés en termes de morbidité maternelle et périnatale.

Les objectifs secondaires concernent la mesure de la façon de procéder. Ils mettent en cause des résultats intermédiaires et représentent les aspects plus techniques des soins. Les soins ont-ils été dispensés avec compétence ? L'établissement était-il adéquat et l'équipement était-il approprié ? Le personnel avait-il la formation voulue ? Les patients étaient-ils satisfaits ?

Les objectifs secondaires sont plus faciles à évaluer, et les informations sur la qualité des soins ont souvent porté sur la mesure de la façon de procéder. Ces informations sont utiles mais limitées. En dernière analyse, il importe peu que des personnes bien qualifiées interviennent avec compétence dans des établissements bien équipés si cela ne permet pas d'entretenir et d'améliorer la santé et le

bien-être des bénéficiaires.

Pour améliorer les soins médicaux d'une façon vraiment significative, on insiste maintenant davantage sur les objectifs primaires que sur les objectifs secondaires. L'objectif est donc d'établir des normes et des directives qui soient basées sur une accumulation systématique de preuves de ce qui constitue des soins efficaces, c.-à-d. des soins qui font plus de bien que de mal. Les normes et les directives doivent être claires et explicites pour servir de référence à la pratique effective. Les publications médicales contiennent déjà une quantité importante d'informations sur les césariennes qui ont été sérieusement analysées et qui sont à l'origine d'un certain nombre de directives. Ceci est utile lorsqu'il s'agit d'élaborer un programme de contrôle de la qualité des césariennes.

Enfin, le système de soins médicaux doit avoir les moyens et la capacité d'action nécessaires pour prendre de nouvelles mesures au cas où il faut améliorer les choses. Le processus circulaire de contrôle de la qualité requiert alors que les nouvelles activités soient comparées aux objectifs, ce qui confirme l'idée qu'il s'agit de changement et d'amélioration continus plutôt que d'atteindre un objectif fixé d'avance.

Organisation du rapport en fonction des composantes du contrôle la qualité

Cette définition du contrôle de la qualité sert de cadre au reste du rapport :

Les chapitres 3 et 4 présentent une analyse très complète des données sur les activités associées aux accouchements par césarienne en Ontario et répondent à l'article 1 du mandat.

Le chapitre 5 répond à l'article 2 du mandat. On y examine les directives existantes en matière de césarienne et on y définit les mises à jour à effectuer à la lumière des informations courantes sur les soins efficaces à dispenser aux mères et aux nouveau-nés.

Le chapitre 6 répond à l'article 3 du mandat et examine les facteurs susceptibles d'influencer la pratique et de faire obstacle à la mise en oeuvre des directives et à la réalisation des objectifs.

Le chapitre 7 répond aux articles 4, 5 et 6 du mandat et examine les données sur l'efficacité des stratégies utilisées pour susciter un changement parmi les pourvoyeurs de soins et les consommateurs.

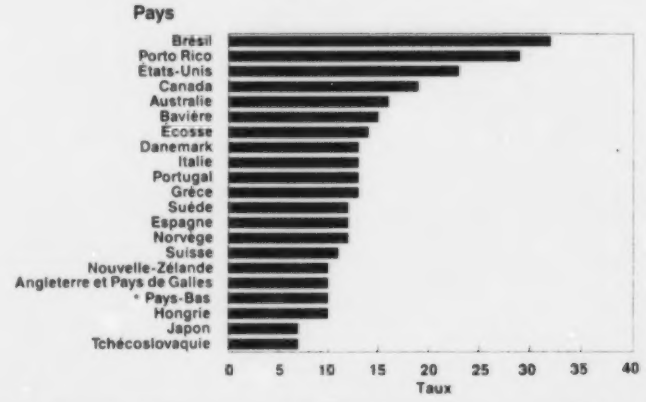
Le chapitre 8 recommande les mesures à prendre pour rapprocher la pratique des objectifs et des directives.

Chapitre 3

Comparaisons internationales

Le comité a examiné les taux publiés d'accouchements par césarienne dans plusieurs pays. La figure 3.1 reprend les comparaisons internationales publiées dans le *Journal of the American Medical Association* en juin 1990[124].

Figure 3.1



Taux de césariennes pour 100 accouchements à l'hôpital dans certains pays pour 1985 ou l'année la plus récente pour laquelle des données étaient disponibles (1981 à 1986 pour le Brésil, 1984 et 1985 pour Porto Rico et le Canada, 1982 pour l'Italie, 1987 pour le Portugal, 1983 pour la Grèce, 1983 à 1986 pour la Suisse et 1986 pour la Tchécoslovaquie). Les données sur les taux de césariennes étaient incomplètes pour l'Australie, la Bavière, le Portugal, l'Espagne et la Suisse.
*Les taux de césariennes par rapport à tous les accouchements (y compris à domicile) étaient de 6/100 accouchements

Les chiffres pour 1986/1987 étaient disponibles pour certains pays et sont indiqués dans le Tableau 3.1.

Ces comparaisons indiquent que le Canada affiche l'un des taux de césariennes les plus élevés. La donnée la plus frappante est l'importance de la différence entre les taux les plus élevés et les taux les plus bas, aussi bien dans la Figure 3.1 que dans le Tableau 3.1.

Tableau 3.1

Taux internationaux de césariennes pour 100 accouchements

Pays	1986	1987
Canada	18,9	18,7
Australie	16,6	16,6
Danemark	13,5	12,1
Hongrie	10,1	10,2
Israël	10,1	10,2
Écosse	13,3	13,7
Yougoslavie	6,7	7,4
États-Unis	n/a	24,4

Notzon[124] a publié des taux comparatifs de mortalité périnatale qui sont reproduits dans le Tableau 3.2. Il a observé seulement «une association faible et non significative» (coefficient de corrélation, 0,33; P = 0,15) entre la mortalité périnatale et les accouchements par césarienne. Les données indiquent que certains pays ont à la fois des taux faibles de césariennes et des taux faibles de mortalité périnatale. Le commentaire de Lomas et Enkin[108] est que le manque de corrélation entre la mortalité périnatale brute et les taux d'accou-

chements par intervention chirurgicale n'est pas surprenant parce que les principaux déterminants des décès périnataux (comme la prématurité) ne sont généralement pas influencés par la méthode d'accouchement.

Des comparaisons internationales des mesures de la morbidité associée aux césariennes seraient très utiles pour procéder à une évaluation générale de l'effet des différents taux d'accouchements par césarienne. Cependant, par suite du manque d'uniformité de la définition et de l'enregistrement des conditions périnatales, ces mesures ne sont pas disponibles.

Comparaisons entre les différentes tendances au Canada

Les comparaisons internationales de ces dernières années ne montrent pas les changements qui se sont produits dans l'ensemble du Canada au cours des 20 dernières années. L'accroissement des césariennes pendant cette période est illustré dans le Tableau 3.3. En 1969, une femme avait 1 chance sur 20 d'avoir une césarienne; en 1985, elle en avait presque 1 sur 5.

L'évolution des taux de l'Ontario a suivi de près la moyenne nationale. Les différences entre les provinces sont beaucoup moins prononcées que les différences internationales. Cependant, en 1986-1987, il y avait une différence de 50 % entre le Manitoba (13,7 %) et Terre-Neuve (21 %).

Les tendances en Ontario

Le Tableau 3.4 donne des informations sur les événements obstétriques et périnataux en Ontario au cours des années 1984-1989. (Les informations qui figurent à la partie inférieure portent sur la période du 1er avril au 31 mars des années indiquées). Les proportions relatives de césariennes, d'accouchements avec l'aide de manoeuvres instrumentales et d'accouchements spontanés y sont indiquées. Le comité a noté non seulement la stabilisation apparente des taux de césariennes mais une légère augmentation des accouchements spontanés pendant l'intervalle des cinq années.

Le tableau 3.4 comprend le nombre des accouchements vaginaux après une césarienne (AVAC) calculés à partir des renseignements du HMRI (Hospital Medical Records Institute). Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence. Le groupe de recherche sur le projet de mise en oeuvre de la

Tableau 3.2

Pourcentage de mortalité périnatale* dans différents pays

Pays/Région	1985	Pays/Région	1985
Australie	11,1	Pays-Bas	9,9
Brésil	n/d	Nouvelle-Zélande	8,9
Canada	8,8**	Norvège	9,4
Tchécoslovaquie	12,4	Portugal	16,9****
Danemark	8,1	Porto Rico	21,0**
Angleterre et Pays de Galles	9,9	Écosse	9,8
République fédérale d'Allemagne	7,9	Espagne	n/d
Grèce	15,7**	Suède	7,3
Hongrie	19,0	Suisse	8,3
Italie	16,1***	États-Unis	10,3
Japon	8,7**		

*Pourcentage de mortalité périnatale = (mort du foetus + morts <7 jours)/naissances vivantes
n/d signifie non disponible
**1984, ***1982, ****1987
Données de l'Annuaire démographique, années choisies (New York, NY : Nations Unies) et Statistiques annuelles sur la santé mondiale, années choisies (Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé).

Tableau 3.3

Taux de césariennes au Canada

	CANADA	T.-N.	Î.-P.-E.	N.-É.	N.-B.	QUÉ.	ONT.	MAN.	SASK.	ALTA.	C.-B.
1969	5,2	4,3	5,4	5,1	5,0	4,6	5,9	4,0	4,4	4,4	6,1
1970	5,6	6,5	4,9	6,2	6,6	5,1	6,4	4,4	5,1	5,0	7,0
1971	6,4	7,5	4,0	6,7	6,6	6,1	6,8	5,1	5,5	5,3	7,8
1972	7,2	8,4	8,1	8,0	7,2	6,6	7,6	6,5	5,9	5,6	8,7
1973	8,8	10,0	8,2	9,0	7,2	7,6	8,4	6,9	6,6	6,7	9,4
1974	9,0	12,8	8,2	9,8	7,4	8,3	9,3	8,0	7,5	7,8	10,7
1975	9,6	12,8	9,5	10,8	9,0	9,0	9,7	8,3	7,8	8,4	11,6
1976	10,8	14,1	13,7	11,1	9,0	9,9	11,1	10,0	9,2	9,9	13,2
1977	12,1	14,8	13,7	11,9	11,6	11,5	12,3	10,4	11,1	11,0	14,2
1978	13,9	16,0	13,5	13,3	13,6	12,9	14,8	12,2	11,8	12,1	16,2
1979/80	14,7	18,3	15,5	15,5	14,6	12,9	15,9	14,4	11,8	13,3	16,6
1980/81	15,2	19,5	14,6	16,9	17,0	15,5	17,1	14,2	11,4	13,8	17,9
1981/82	16,6	18,9	17,0	16,9	17,0	16,4	17,4	14,8	12,6	14,1	18,8
1982/83	17,3	19,1	15,7	17,6	17,4	16,9	18,5	14,9	13,8	15,2	18,7
1983/84	18,1	20,2	14,5	18,2	19,1	18,2	19,0	14,9	14,3	15,6	20,0
1984/85	18,8	19,7	17,7	18,2	19,6	18,9	19,8	14,7	15,9	15,8	20,6
1985/86	18,9	21,4	17,4	18,0	19,0	19,3	20,2	14,7	15,9	16,5	19,9
1986/87	18,7	21,0	17,6	19,4	18,8	19,2	19,8	13,7	15,0	16,0	19,5

Taux pour 100 accouchements
Source : Statistique Canada

Tableau 3.4

Tendances de l'Ontario en matière de méthode d'accouchement

	1984	1985	1986	1987	1988
Population de l'Ontario	8 944 670	9 059 500	9 101 694	9 269 590	9 436 390
Naissances vivantes	131 296	133 208	133 882	134 617	137 660
Décès périnataux	1 356	1 442	1 389	1 395	1 409
Décès périnataux pour un total de 1 000 naissances	10,3	10,8	10,3	10,3	10,2

Les données sur les naissances vivantes et les décès périnatals pour 1987 et 1988 sont encore préliminaires.

	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89
# accouchements	131 310	132 655	134 788	134 633	140 978
# césariennes	26 178	26 932	27 295	27 167	28 235
% césariennes	19,94 %	20,31 %	20,25 %	20,18 %	20,03 %
# AVAC*	495	650	878	1 031	1 482
% forceps à la partie basse	16,5 %	14,9 %	13,1 %	11,5 %	10,1 %
% forceps à la partie médiane	7,7 %	8,1 %	8,1 %	8,0 %	7,4 %
% autres instruments	0,9 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
% application de ventouse obstétricale	1,1 %	1,2 %	1,4 %	1,5 %	2,2 %
% accouchements vaginaux spontanés	53,8 %	54,4 %	56,3 %	57,7 %	59,4 %

*Il n'y a pas de raison de suspecter une sous-estimation dans cette catégorie.
Source des données : HMRI

déclaration d'accord général à l'université McMaster a informé le comité que, lorsque l'on vérifiait les dossiers médicaux dans des hôpitaux choisis, on découvrait généralement un nombre d'AVAC plus important que lorsque l'on se fiait aux données du HMRI.

Le Tableau 3.5 illustre les données en provenance des cinq dernières années sur les diagnostics relatifs qui ont contribué aux taux généraux de césariennes. La partie supérieure du tableau montre la stabilité des diagnostics depuis la conférence d'accord général. Les taux spécifiques de césariennes en fonction de l'indication (partie centrale du tableau 3.5) montrent un léger déclin de la proportion de femmes avec un diagnostic de césarienne antérieure qui ont subi une nouvelle césarienne, et une légère augmentation de la proportion des femmes avec une présentation du siège qui ont subi une césarienne. Les taux des diagnostics ont été remarquablement constants entre 1984 et 1989 (partie inférieure du Tableau 3.5).

Figure 3.2

Taux moyen de césariennes par région

Sondage sur les services hospitaliers périnatals en Ontario, 1990, ministère de la Santé

Variation des taux d'accouchements par césarienne en Ontario[1]

Les taux moyens de césariennes pour 1988/1989 dans chacune des six circonscriptions sanitaires sont illustrés dans la Figure 3.2. On note la différence la plus marquée entre le Sud-Ouest et le Nord-Est. Cette variation entre les régions est devenue plus apparente lorsqu'on a examiné les taux depuis 1984/1985 (voir Tableau 3.6). Il est également intéressant de noter la variation plus prononcée des taux régionaux de césariennes pour les bébés dont le poids dépassait 2 500 g à la naissance (Figure 3.3).

Les différences entre les régions sont également évidentes lorsque l'on considère les taux des césariennes associées à des indications spécifiques (Tableau 3.7). Par exemple, on note d'importantes variations de la fréquence de la pratique de la césarienne pour cause de souffrance foetale (de 17 % à 55 % des cas diagnostiqués).

Tableau 3.5

Tendances de l'Ontario relativement à la césarienne

Contribution des indications de diagnostic en % de toutes les césariennes

	1984/85	1985/86	1986/87	1987/88	1988/89
Césarienne antérieure	39,45 %	40,08 %	40,10 %	39,94 %	39,15 %
Siège	10,25 %	10,57 %	10,65 %	10,12 %	11,14 %
Dystocie	18,23 %	17,30 %	18,37 %	17,92 %	18,77 %
Suffrance foetale	8,91 %	9,47 %	8,93 %	9,74 %	10,20 %
Autre	23,16 %	22,59 %	21,95 %	22,28 %	20,74 %

% de femmes avec un diagnostic donné qui subissent une césarienne

	1984/85	1985/86	1986/87	1987/88	1988/89
Césarienne antérieure	95,40 %	94,34 %	92,60 %	91,33 %	88,18 %
Siège	67,70 %	68,17 %	69,70 %	68,13 %	70,66 %
Dystocie	32,40 %	32,57 %	32,70 %	31,98 %	32,46 %
Souffrance foetale	32,60 %	32,96 %	31,10 %	30,86 %	31,51 %
Autre	6,40 %	6,40 %	6,80 %	6,40 %	5,94 %

% de toutes les femmes qui accouchent avec un diagnostic donné

	1984/85	1985/86	1986/87	1987/88	1988/89
Césarienne antérieure	8,3 %	8,6 %	8,8 %	8,9 %	8,9 %
Siège	3,0 %	3,2 %	3,1 %	3,0 %	3,2 %
Dystocie	11,2 %	10,8 %	11,4 %	11,4 %	11,6 %
Souffrance foetale	5,4 %	5,8 %	5,8 %	6,3 %	6,5 %
Autre des diagnostics ci-dessus	72,1 %	71,6 %	71,0 %	70,4 %	69,9 %

Tableau 3.6

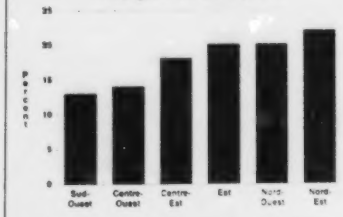
Taux d'accouchements par césarienne dans les régions sanitaires depuis 1984

	Sud-Ouest	Centre-Ouest	Centre-Est	Est	Nord-Ouest	Nord-Est
1984/85	18,8	19,5	20,9	19,1	20,2	19,4
1985/86	18,7	19,4	21,1	19,9	20,8	21,3
1986/87	17,9	19,8	20,9	20,1	20,3	21,6
1987/88	17,7	20,1	20,1	19,5	19,7	22,3
1988/89	17,8	20,2	20,6	19,1	19,5	22,1

Les données sont rapportées pour la période du 1er avril au 31 mars de l'année indiquée

Figure 3.3

Pourcentage de bébés >2 500 g nés par césarienne



Sondage sur les services hospitaliers périnatals en Ontario, 1990, ministère de la Santé

On remarque une variation correspondante de la fréquence du diagnostic de souffrance foetale lui-même dans les différentes régions. Par exemple, dans le Sud-Ouest, ce diagnostic apparaît dans 3.5 % des naissances, par comparaison avec 9 % dans la région de l'Est.

Il y a naturellement de grandes différences entre les régions sur le plan de la géographie, de la population, du nombre d'hôpitaux et du personnel. Les Tableaux 3.8, 3.9 (a) et 3.9 (b) illustrent certaines de ces différences. Bien que les Tableaux

[1] Les données relatives à cette partie du rapport proviennent du HMRI et du sondage effectué par le ministère de la Santé auprès des hôpitaux de l'Ontario. Les données du sondage ont été rapportées personnellement par le service du personnel de l'hôpital.

3.9 (a) et 3.9 (b) ne se rapportent pas spécifiquement à certaines régions, ils illustrent les changements dont les petits hôpitaux sont le théâtre. La majorité des hôpitaux qui pratiquent jusqu'à 1 000 accouchements par an rapportent un nombre décroissant d'accouchements auxquels assistent les médecins de famille alors que la majorité des hôpitaux ne rapportent pas de changement dans les chiffres obstétriques.

Tous ces facteurs peuvent avoir une influence sur la nécessité de recourir à la césarienne et sur l'aptitude à la pratiquer. Par exemple, les taux des césariennes augmentent avec l'âge de la mère (voir le Tableau 3.10). Une région où la proportion des femmes de plus de 34 ans est plus élevée peut afficher un taux général supérieur. Aucun facteur, cependant, ne permet d'expliquer facilement à lui tout seul les différences observées entre les régions.

La variation entre les hôpitaux est illustrée dans les Figures 3.4 à 3.9. Pour chaque région, le taux est indiqué pour chaque hôpital, les hôpitaux étant classés sur les graphiques depuis le plus petit nombre d'accouchements annuels jusqu'au plus grand nombre. Ces figures indiquent qu'il n'y a pas de rapport constant entre la taille des services d'obstétrique et les taux de césariennes. On trouve des taux faibles et élevés dans les services qui traitent des volumes faibles et les services qui traitent des volumes élevés. On trouvera à l'Annexe IV le taux de césariennes en 1988/1989 de chaque hôpital de l'Ontario.

Comme le nombre d'accouchements par an est lié aux ressources dont disposent les hôpitaux et donc au niveau de risque des femmes et des nouveau-nés traités à l'hôpital, il est quelque peu surprenant que les variations des taux en fonction de la taille de l'hôpital soient si marquées.

La Figure 3.10 illustre une autre façon de comparer les taux entre différents types d'hôpitaux. L'étendue des services offerts varie suivant que l'hôpital est un centre communautaire (Niveau I), un centre de district (Niveau II), un centre régional ou régional modifié (Niveau III). Les centres régionaux sont supposés s'occuper des mères et des enfants qui présentent le plus de risques et on pourrait s'attendre à ce que ce soient eux qui affichent les taux de césariennes les plus élevés. En fait, c'est dans les centres régionaux

Tableau 3.7

Pourcentage de femmes présentant les conditions indiquées qui subissent une césarienne

	Sud-Ouest	Centre-Ouest	Centre-Est	Est	Nord-Ouest	Nord-Est
Souffrance foetale	43	29	35	17	43	55
Dystocie	35	28	36	26	27	46
Présentation du siège	56	70	71	81	71	81
Césarienne antérieure	86	87	91	82	90	95
Autre	5	6	6	6	6	8

Tableau 3.8

Renseignements descriptifs sur les circonscriptions sanitaires

	Sud-Ouest	Centre-Ouest	Centre-Est	Est	Nord-Ouest	Nord-Est
Population	1 292 067	1 762 782	3 937 399	1 271 071	231 378	606 997
% de femmes 15-44 ans	23,08 %	23,69 %	25,31 %	24,40 %	23,26 %	21,89 %
% de femmes accouchant à < 20 ans	6,4 %	5,4 %	4,5 %	5,2 %	10,6 %	9,1 %
% de femmes accouchant à > 35 ans	4,9 %	6,4 %	9,4 %	6,9 %	4,6 %	3,9 %
Total des accouchements	18 752	26 522	63 743	18 441	3 622	8 389
Nombre d'hôpitaux avec des services de maternité	31	23	42	23	12	23

Source : Ministère de la Santé

Tableau 3.9(a)

Changement du nombre de médecins de famille présents à l'accouchement

Hôpitaux par nombre d'accouchements

Changement	0-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	>2000	Total
+6 à 10	0	1(7,8 %)	0	0	1(6,3 %)	2(1,7 %)
+1 à 5	15(22,1 %)	2(15,4 %)	0	1(14,3 %)	0	18(15,4 %)
0	17(28,0 %)	1(7,8 %)	0	0	3(18,8 %)	21(17,9 %)
-1 à 5	33(48,5 %)	4(30,8 %)	4(30,8 %)	1(14,3 %)	3(18,8 %)	45(38,5 %)
-6 à 10	3(4,4 %)	2(15,4 %)	5(38,5 %)	3(42,9 %)	2(12,5 %)	15(12,8 %)
->10	0	3(23,0 %)	4(30,8 %)	2(28,6 %)	7(43,8 %)	16(13,7 %)
Total	**68**	**13**	**13**	**7**	**16**	**117***

*30 n'ont pas répondu

Source : Sondage sur les services hospitaliers périnatals en Ontario, 1990, ministère de la Santé

Tableau 3.9(b)

Changement du nombre d'obstétriciens présents à l'accouchement

Hôpitaux par nombre d'accouchements

Changement	0-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	>2000	Total
+1 à 3	5(7,5 %)	5(35,7 %)	8(57,1 %)	4(50,0 %)	4(19,0 %)	26(21,0 %)
0	61(91,0 %)	6(42,9 %)	3(21,4 %)	1(12,5 %)	7(33,3 %)	78(62,9 %)
-1 -5	1(1,5 %)	1(7,1 %)	3(21,4 %)	3(37,5 %)	10(47,6 %)	18(14,5 %)
->5	0	2(14,3 %)	0	0	0	2(1,6*)
Total	67	14	14	8	21	124*

*47 n'ont pas répondu

Source : Sondage sur les services hospitaliers périnatals en Ontario, 1990, ministère de la Santé

Tableau 3.10

Taux de césariennes en Ontario en fonction de l'âge

< = 19 ans	20-24	25-29	30-34	35-39	> = 40 ans
15 %	17,6 %	19,4 %	21,6 %	26,4 %	30,3 %

Figure 3.4 – Région du Sud-Ouest de l'Ontario

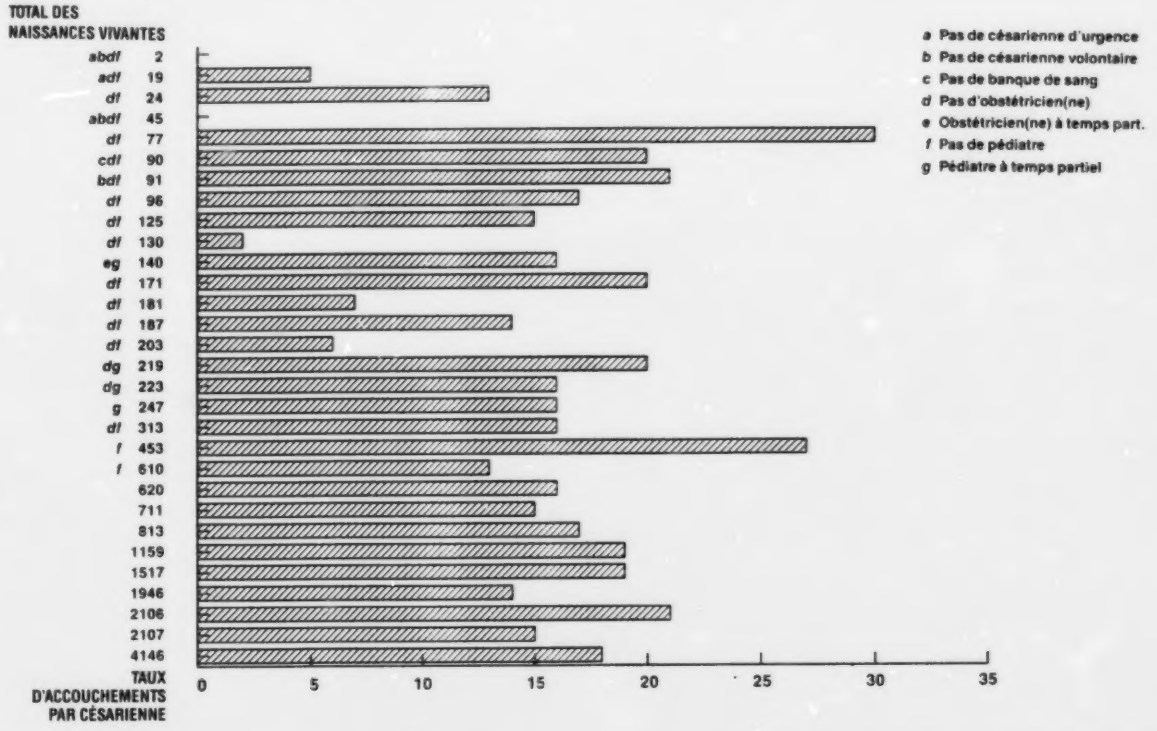


Figure 3.5 – Région du Centre-Ouest de l'Ontario

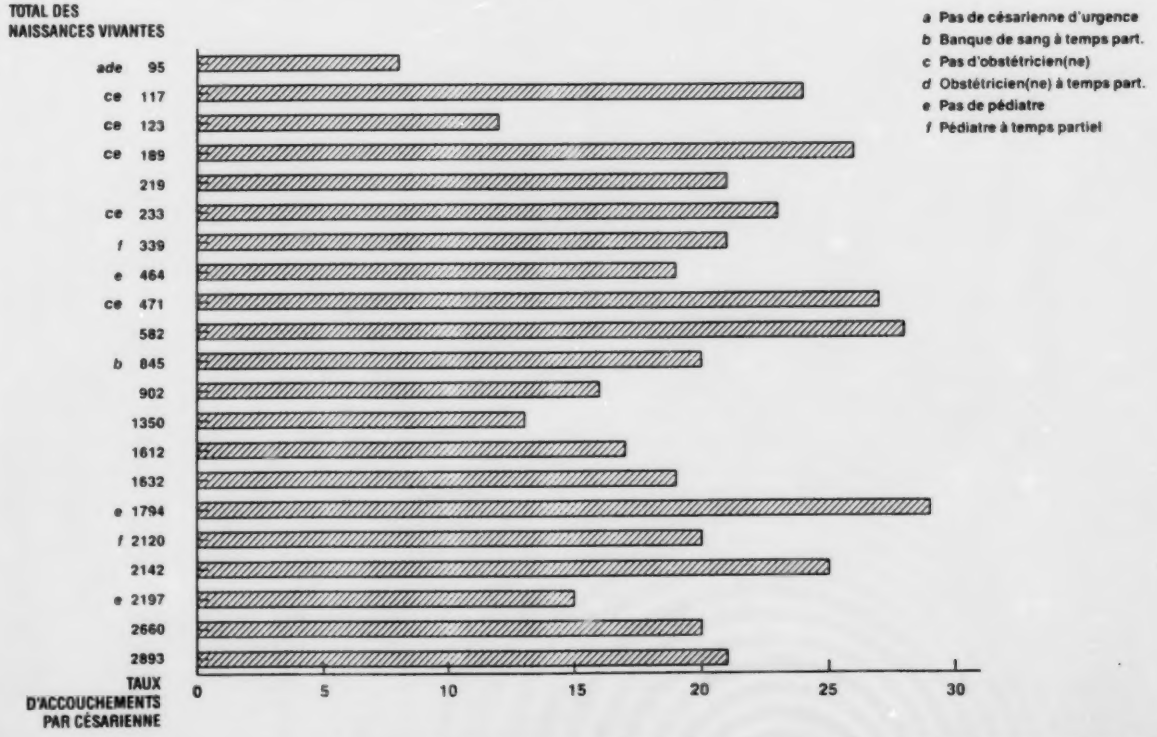


Figure 3.6 – Région du Centre-Est de l'Ontario

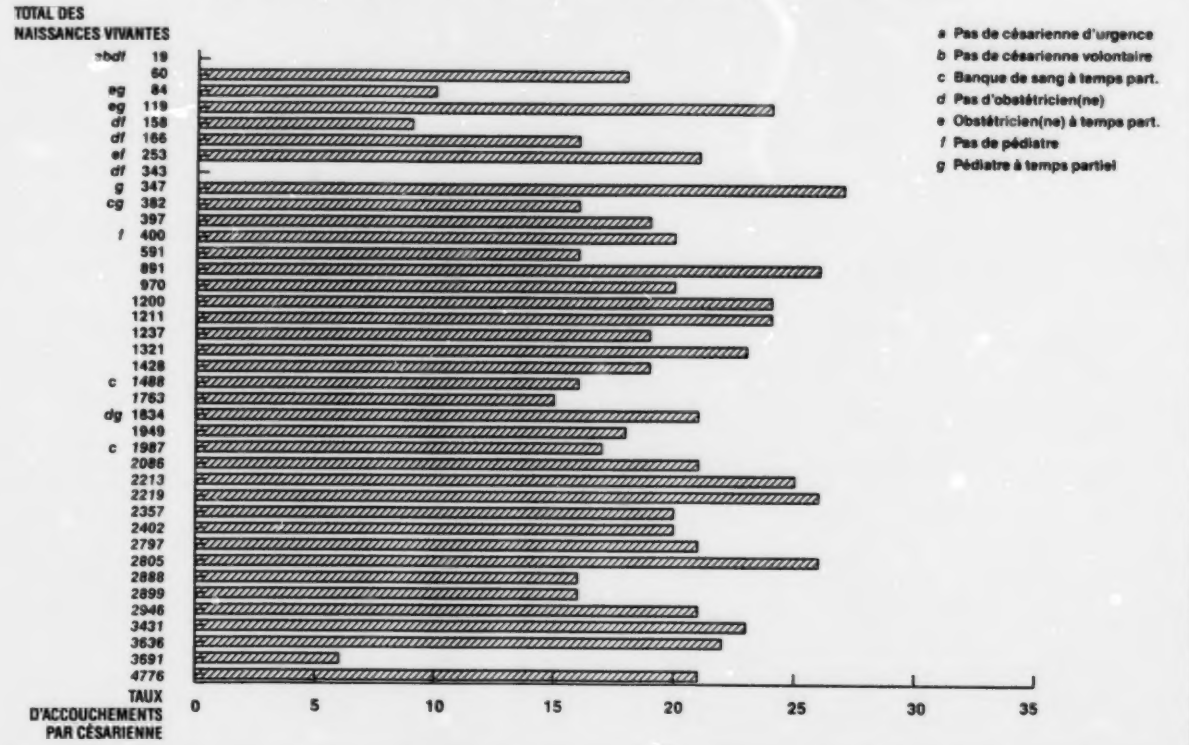


Figure 3.7 – Région de l'Est de l'Ontario

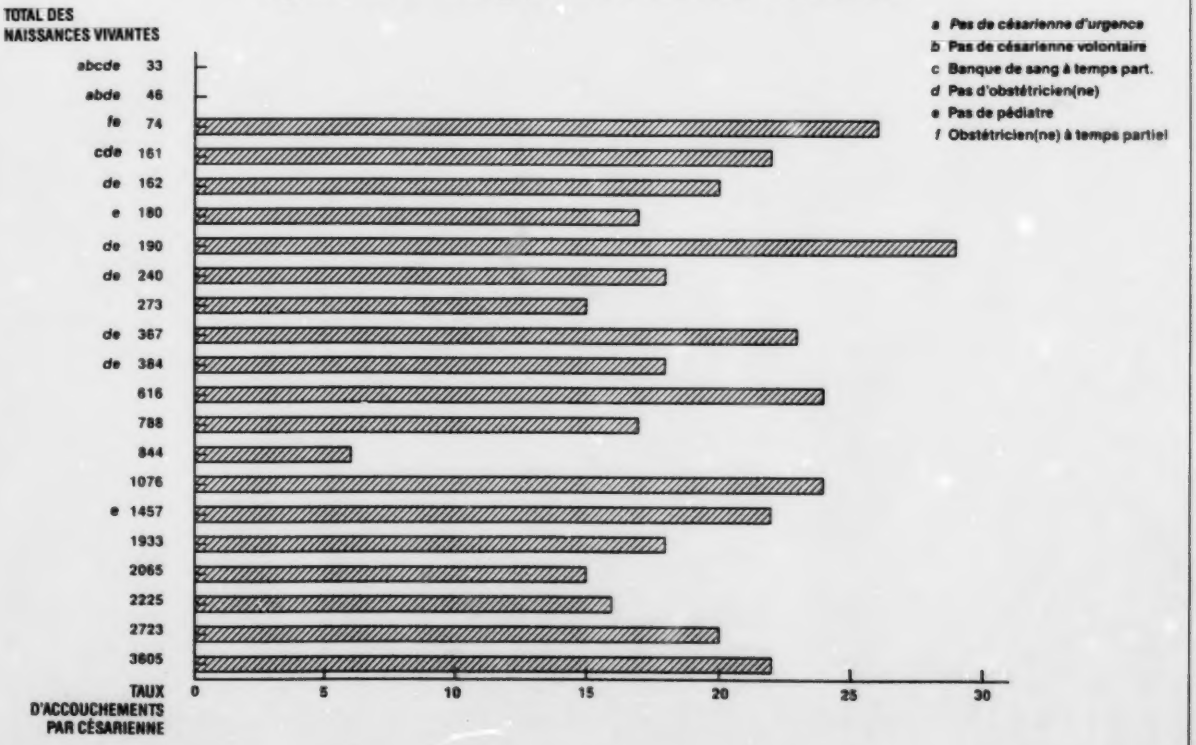


Figure 3.8 – Région du Nord-Est de l'Ontario

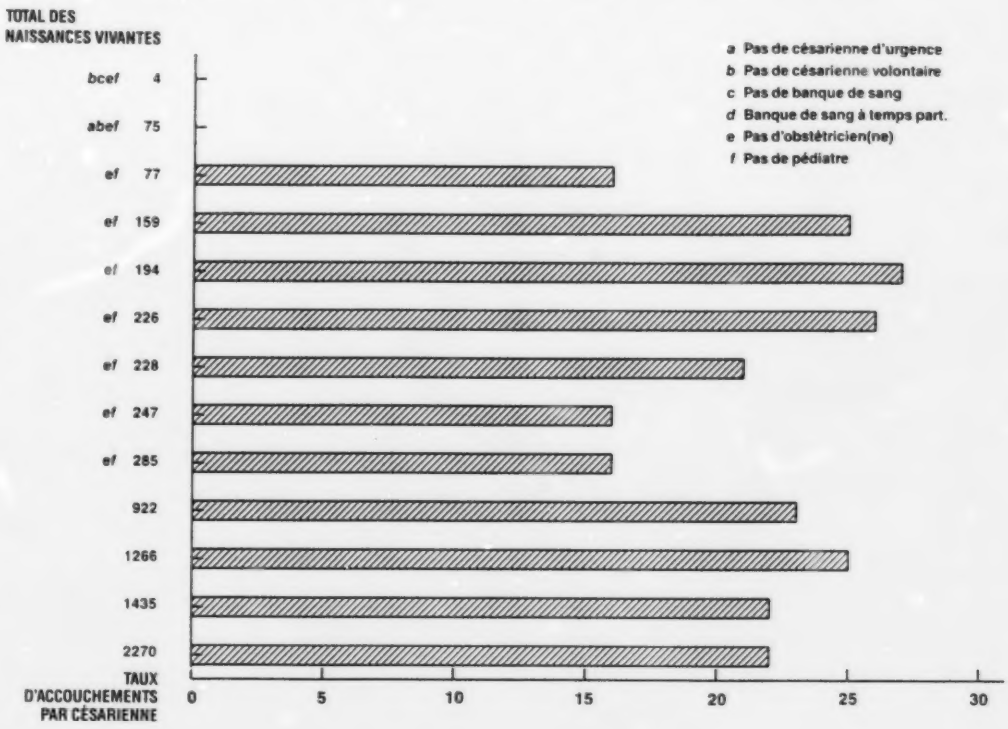


Figure 3.9 Région du Nord-Ouest de l'Ontario

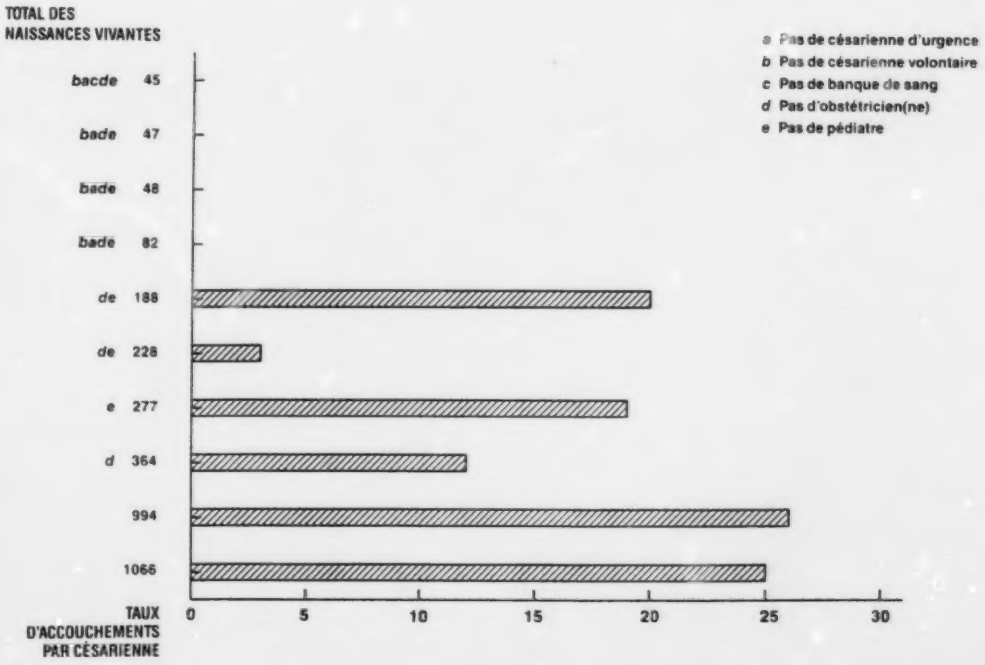
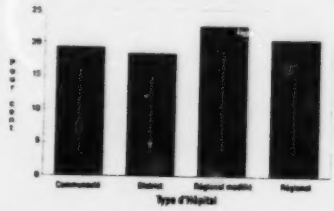


Figure 3.10

% d'accouchements par césarienne



Source : Sondage sur les services hospitaliers périnatals en Ontario, 1990, ministère de la Santé

modifiés que les taux sont les plus hauts, et ils sont plus élevés dans les centres communautaires que dans les centres régionaux.

Un certain nombre des aspects en rapport avec les ressources des établissements hospitaliers sont également illustrés dans les Figures 3.4 à 3.9. Onze hôpitaux ont indiqué ne pas être préparés pour les césariennes d'urgence; ils avaient tous des taux inférieurs à 10 % et affichaient tous un faible nombre d'accouchements. Onze hôpitaux ont indiqué qu'ils n'étaient pas en mesure de pratiquer des césariennes volontaires et 10 d'entre eux avaient également des taux inférieurs à 10 %. Neuf hôpitaux ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas offrir de services de banque de sang 24 heures par jour; six de ces derniers ont indiqué qu'ils avaient pratiqué des césariennes en 1988-1989.

Les figures illustrent aussi la disponibilité des obstétriciens et des pédiatres. Comme on pouvait le prévoir, ils ont davantage de chances d'être présents dans les services qui traitent un plus grand volume de patients, mais les taux de césariennes dans ces hôpitaux affichent une variabilité semblable à celle des hôpitaux sans spécialistes.

Influence des pratiques spécifiques

Afin de pousser plus loin l'analyse de la variation des taux de césariennes entre les hôpitaux, ceux-ci ont été examinés en fonction de différentes pratiques médicales.

Les hôpitaux ont indiqué de combien de temps ils avaient besoin avant de commencer une césarienne une fois décidé qu'une intervention chirurgicale était nécessaire. Le Tableau 3.11 indique que plus il faut de temps avant de commencer l'intervention, plus les taux de césariennes

Tableau 3.11

Tableau croisé des taux d'accouchements par césarienne (TAC) en fonction du temps requis estimé pour commencer l'intervention

	Temps de préparation (mn)				
TAC	< 15	15-29	30-44	45-59	≥ 60
< 10 %	4(9,1 %)	1(3,1 %)	4(11,4 %)	0	3(60,6 %)
10-15 %	1(2,3 %)	1(3,1 %)	5(14,3 %)	0	1(20,0 %)
15-20 %	13(29,5 %)	12(37,5 %)	11(31,4 %)	0	0
20-25 %	18(40,9 %)	13(40,6 %)	9(25,7 %)	0	1(20,0 %)
25-30 %	8(19,2 %)	5(15,6 %)	6(17,1 %)	0	0
Total	44(100 %)	32(100 %)	35(100 %)	0	5(100 %)

(29 hôpitaux n'ont pas répondu aux deux questions ci-dessus)

Source : Sondage sur les services hospitaliers périnatals, 1990, ministère de la Santé

diminuent. C'est là un rapport logique qui semble lié à la disponibilité des ressources. Les données indiquent que beaucoup d'hôpitaux ont besoin de plus de 30 minutes de préparation avant de commencer une césarienne. Trois hôpitaux qui avaient besoin d'une préparation bien supérieure à 60 minutes (deux avaient besoin de 90 minutes; un, de 160 minutes) ont cependant rapporté des césariennes en 1989-1990.

D'autres pratiques ou politiques qui avaient paru susceptibles d'influencer les taux de césariennes n'ont pas révélé de rapport constant avec le nombre d'accouchements par césarienne. On trouvera à l'Annexe V des tableaux qui indiquent que les facteurs suivants ne sont pas directement associés avec les taux de césariennes :

i les politiques relatives à la durée du travail allouée à la femme pendant la deuxième phase;

ii le fait que la dilatation du col est représentée ou non par un graphique pendant le travail;

iii le fait que la fréquence cardiaque du foetus fait ou non l'objet d'un tracé toutes les 30 minutes après admission en salle de travail;

iv le fait qu'il existe ou non une politique relative à la mobilité pendant le travail.

La difficulté, lorsque l'on examine ces éléments individuellement, c'est que chacun d'entre eux ne constitue qu'une composante d'un ensemble complexe de pratiques médicales susceptibles d'influencer la méthode d'accouchement. Il n'est guère probable que l'un quelconque de ces facteurs ait à lui seul suffisamment de poids pour influencer les taux de césariennes d'un hôpital.

Une pratique qui présentait effectivement un rapport avec les taux de césariennes était le monitorage électronique continu de la fréquence cardiaque du foetus. Les hôpitaux qui ne pratiquaient pas la surveillance continue étaient plus nombreux à avoir un taux de césariennes plus faible. (Voir le Tableau 3.12.) Cependant, le nombre des hôpitaux qui ou

Tableau 3.12

Tableau croisé du taux d'accouchements par césarienne en fonction de la pratique de la surveillance électronique continue de la fréquence cardiaque du foetus

	Toutes les femmes	Certaines femmes	Aucune femme
< 10 %	0	8(7,8 %)	7(50,0 %)
10-15 %	0	5(4,9 %)	1(7,1 %)
15-20 %	3(50,0 %)	33(32,4 %)	5(35,7 %)
20-25 %	3(50,0 %)	37(36,3 %)	1(7,1 %)
25-30 %	0	19(18,6 %)	0
Total	6(100 %)	102(100 %)	14(100 %)

(25 hôpitaux n'ont pas répondu aux deux questions)

Source : Sondage sur les services hospitaliers périnatals, 1990, ministère de la Santé

bien surveillaient toutes les femmes ou ne surveillaient aucune femme était trop petit pour permettre d'interpréter directement ce résultat. Il y a des chances pour que la pratique du monitorage électronique et la fréquence des césariennes soient

l'une et l'autre influencées par la disponibilité des ressources et par le niveau de risque que présentent les femmes.

Il y avait un rapport entre les politiques hospitalières flexibles et orientées vers la famille et les taux de césariennes. Il est intéressant de noter que les taux de césariennes avaient tendance à être plus élevés dans les hôpitaux qui pratiquaient la séparation des mères et des enfants aux fins d'observation, et dans les hôpitaux qui limitaient la présence pendant l'accouchement des membres importants de la famille. (Voir les Tableaux 3.13 et 3.14.) L'interprétation à donner à ces associations n'est pas que les pratiques en question ont nécessairement une influence directe sur les taux de césariennes, mais que ces aspects de la politique hospitalière reflètent une façon générale d'envisager le travail et l'accouchement qui a effectivement une influence sur les taux de césariennes.

En résumé, ce chapitre a présenté des informations qui indiquent que le Canada et l'Ontario ont des taux d'accouchements par césarienne supérieurs à ceux de beaucoup d'autres pays. Il n'y a pas de preuves qui démontrent que cela se solde par une réduction de la mortalité périnatale. Les taux de l'Ontario n'ont affiché quasiment aucun changement depuis la conférence d'accord général sur différents aspects de l'accouchement par césarienne de 1985, malgré la circulation des directives qui a suivi. Les variations considérables entre les régions et entre les hôpitaux ne sont pas faciles à expliquer et semblent être associées à des facteurs multiples.

Tableau 3.13

Tableau croisé des accouchements par césarienne en fonction de la séparation de la mère et de l'enfant aux fins d'observation

	Non	Oui
< 10 %	8(19,0 %)	11(12,9 %)
10-15 %	3(7,1 %)	4(4,7 %)
15-20 %	16(38,1 %)	27(31,8 %)
20-25 %	14(33,3 %)	28(32,8 %)
25-30 %	1(2,4 %)	15(17,6 %)
Total	42(100 %)	85(100 %)

(20 hôpitaux n'ont pas répondu aux deux questions)

Source : Sondage sur les services hospitaliers périnatals, 1990, ministère de la Santé

Tableau 3.14

Tableau croisé des accouchements par césarienne en fonction du fait que les personnes importantes pour la femme sont autorisées ou non à assister à l'accouchement vaginal

	Encouragées	Avec des limites	Non encouragées
< 10 %	15(13,6 %)	5(26,3 %)	0
10-15 %	7(6,4 %)	1(5,3 %)	0
15-20 %	37(33,6 %)	5(26,3 %)	0
20-25 %	39(35,5 %)	2(10,5 %)	0
25-30 %	12(10,9 %)	6(31,6 %)	1(100 %)
Total	110(100 %)	19(100 %)	1(100 %)

(17 hôpitaux n'ont pas répondu aux deux questions)

Source : Sondage sur les services hospitaliers périnatals, 1990, ministère de la Santé

Principales indications de la césarienne

Chapitre 4

Les données de l'Ontario pour toutes les années 1980 montrent de façon constante que les diagnostics de césarienne antérieure et de dystocie sont les principales indications de césarienne, et sont à l'origine de près de 60 % de toutes les césariennes. En conséquence, le comité a examiné plus en détail les informations relatives à ces indications.

Césarienne antérieure

La maxime «césarienne un jour, césarienne toujours» a été introduite et préconisée en Amérique du Nord par Craigin[26] en 1916. Il était rare de pratiquer des césariennes pour des raisons autres qu'une contracture marquée du bassin, et comme on ne pratiquait que l'incision classique, la maxime avait sa raison d'être. L'incision transversale au niveau du segment inférieur a très lentement pris la relève au cours des années 1920, et c'est elle qui est maintenant pratiquée dans quasiment tous les cas. Malgré l'expérience obstétrique en Grande-Bretagne et aux États-Unis, qui a démontré depuis au moins les années 1950, que ce type d'incision pouvait être suivie sans danger par un accouchement vaginal, beaucoup continuent à considérer la maxime de 1916 comme une politique établie[41].

Au cours des dernières années, presque 40 % de toutes les césariennes pratiquées en Ontario l'ont été pour indication de césarienne antérieure. En 1988-1989, 88 % des femmes qui avaient déjà subi une césarienne ont ensuite accouché par césarienne. Les variations entre les régions allaient de 82 % à 95 % (voir le Tableau 4.1).

Une analyse des publications médicales en anglais sur les AVAC a été publiée en 1982[101]. Vingt-cinq études ont été analysées, pour un total de plus de 6 000 cas d'option de travail. En 1985, une analyse des publications subséquentes sur les AVAC a été effectuée[49]. Elle contenait 21 études supplémentaires, pour un total de 5 356 cas d'option de travail. L'analyse effectuée par le comité des communications publiées entre 1985 et 1990 a révélé 17 586 cas supplémentaires d'option de travail après césarienne antérieure, tels que rapportés par les pays développés (voir les tableaux et les sources à l'Annexe VI). On dispose donc à l'heure actuelle d'une expérience substantielle en matière d'option de travail.

Sur tous les cas d'option de travail rapportés ci-dessus, les accouchements vaginaux (les résultats des études variaient entre 59 % et 100 %) représentaient un pourcentage de 77 % des naissances avec résultats satisfaisants pour la mère et pour l'enfant[44, 54, 67, 113, 116, 134, 179]. Cependant, malgré la preuve que les AVAC sont sans danger pour la mère et pour

Tableau 4.1

Fréquence des indications de césarienne antérieure pour la pratique d'une nouvelle césarienne

	% d'accouchements après césarienne antérieure	% de femmes avec césarienne antérieure qui subissent une nouvelle césarienne
Sud-Ouest	8,8	85,6
Centre-Ouest	9,2	86,5
Centre-Est	8,7	91,0
Est	8,8	82,0
Nord-Ouest	9,1	89,4
Nord-Est	8,9	94,8

Source des données : HMRI

l'enfant, cette pratique n'est pas répandue en Amérique du Nord, notamment en Ontario.

La déclaration d'accord général national sur différents aspects de l'accouchement par césarienne[25] recommandait une «épreuve du travail» pour les femmes avec une incision transversale au niveau du segment inférieur (basse), une grossesse simple, une présentation par le sommet et pas d'autre indication de césarienne. Les directives les plus récentes de l'American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) recommandait que le

> principe d'un accouchement subséquent systématique par césarienne soit remplacé par une indication spécifique d'accouchement subséquent abdominal et, en l'absence de contre-indication, qu'une femme qui présente une incision transversale au niveau du segment inférieur soit invitée et encouragée à faire l'épreuve du travail lors de sa grossesse subséquente.[3]

Une analyse récente a dressé un tableau des résultats du travail après une césarienne, y compris la morbidité et la mortalité maternelles, la rupture de l'utérus ou la déhiscence des sutures, et la morbidité et la mortalité périnatales[41]. Les données suggèrent que les risques de décès de la mère au cours d'une césarienne, bien que faibles, sont de deux à quatre fois plus élevés que les risques associés à un accouchement vaginal. Aucun décès pour cause de rupture de l'utérus pendant le travail, chez une femme ayant subi une incision transversale basse, n'a été rapportée depuis des décennies dans les sociétés industrialisées[110].

La plupart des formes de morbidité maternelle sont plus élevées avec les césariennes par suite des risques associés à l'anesthésie, aux lésions opératoires, à la morbidité fébrile, aux effets sur les accouchements subséquents, ainsi que des risques psychologiques[41, 110]. Toutes les études sur les AVAC analysées rapportaient une morbidité maternelle égale ou inférieure à la morbidité associée aux césariennes subséquentes.

Les données indiquent que la rupture de l'utérus associée à l'AVAC est rare chez les femmes qui ont une cicatrice transversale inférieure. La rapport de la conférence d'accord général situe le risque de rupture de l'utérus pendant le travail après une césarienne à 0,2 . Il est important de faire la distinction entre rupture de l'utérus et déhiscence des sutures. La rupture complète de l'utérus suppose une déchirure de la paroi utérine sur toute son épaisseur; c'est un accident soudain, explosif et accompagné de douleur, de perte de sang et de morbidité maternelle et foetale. Elle se produit le plus souvent avec les utérus sans cicatrice bien qu'elle puisse effectivement se produire chez les femmes qui ont déjà subi une césarienne. Elle est extrêmement rare chez les femmes qui présentent une cicatrice transversale inférieure. La déhiscence est une séparation partielle de la paroi utérine à l'endroit de l'incision antérieure, et est associée à une morbidité maternelle et foetale minimale. Les publications omettent souvent de faire cette distinction[49].

Dans un résumé de différentes recherches, Enkin [41] rapporte un taux de rupture utérine/déhiscence de 1,5 % dans 2 027 cas de nouvelles césariennes, et de 0,8 % dans 4 153 cas de travail. La plupart de ces ruptures/déhiscences étaient de nature mineure sans séquelles graves. Au moins quatre se sont produites chez des femmes qui avaient eu des incisions classiques. Deux des femmes du groupe du travail et l'une du groupe des césariennes volontaires ont dû subir une hystérectomie pour rupture de l'utérus.

Sur plus de 17 000 cas d'option de travail après une césarienne rapportés dans les pays développés depuis 1984, 37 ruptures de cicatrice se sont produites, soit un taux de 0,21 %. Trente-quatre de ces ruptures étaient spécifiquement classées comme transversales inférieures. Dans ces publications, 70 déhiscences étaient rapportées; 20 incidents n'étaient pas clairement définis comme rupture ou déhiscence. (Voir Annexe VI)

Un examen de la cicatrice de la césarienne antérieure est systématiquement pratiqué après l'accouchement dans certains milieux[175]. Aucune étude n'a indiqué que cela soit d'une quelconque utilité. L'examen est douloureux pour les femmes qui ne sont pas sous anesthésie, et entraîne un risque d'infection ou de transformation d'une déhiscence en rupture plus importante[41].

On s'est aussi posé des questions sur les risques associés à un AVAC lors des dépassements de terme ou dans le cas des gros enfants. L'unique travail de recherche sur les AVAC lors des dépassements de terme a conclu qu'une grossesse prolongée n'est pas associée à un accroissement du risque de rupture de l'utérus et ne doit pas être considérée comme une contre-indication du travail[178]. Porreco et Meier[139] déclarent que les patientes qui ont déjà subi une césarienne et dépassent la date prévue de l'accouchement doivent être traitées comme toutes les autres femmes dans la même situation, avec surveillance appropriée du foetus et déclenchement du travail, le cas échéant. Flamm et Going[51] rapportent un taux de 55 % d'AVAC parmi 301 femmes avec de gros enfants (plus de 4 000 grammes) qui ont opté pour le travail. Phelan et al[135] ont rapporté un taux d'accouchements vaginaux de 67 % parmi 140 femmes avec de gros enfants. Aucune des deux études n'a rapporté de résultat maternel ou foetal adverse, et toutes deux ont conclu qu'une césarienne volontaire n'était pas nécessaire dans les cas où l'on prévoit un gros enfant (chez les femmes non diabétiques).

Les risques de rupture ou de déhiscence chez les femmes qui présentent une incision utérine autre que transversale inférieure ne sont pas clairement connus. Les incisions classiques (verticales) sont supposées, sur la base d'informations datant de 1957[63], conférer un plus grand risque. Des femmes présentant une cicatrice inconnue ou une incision basse verticale sont inclues dans plusieurs études sur les AVAC, et les taux de rupture/déhiscence sont similaires aux taux associés aux incisions transversales basses, mais l'expérience est très limitée[54, 119, 143].

Les recherches effectuées jusqu'à ce jour n'indiquent pas un accroissement des taux de morbidité et de mortalité périnatales dans les groupes d'AVAC par rapport aux groupes de césarienne volontaire[41, 44, 54, 67, 112]. Il est important de noter que ces comparaisons n'ont pas beaucoup de sens si les groupes ne sont pas équivalents. La décision de pratiquer une césarienne ou de permettre une épreuve du travail peut refléter une différence dans la situation du foetus. Néanmoins, les résultats suggèrent que les politiques qui favorisent l'accouchement vaginal à la suite d'une césarienne sont associées à une morbidité maternelle plus faible et à des résultats périnataux apparemment équivalents.

Dystocie

Bien des termes sont utilisés par les praticiens et les chercheurs pour décrire les anomalies du travail. Inertie utérine, disproportion céphalo-pelvienne, arrêt du travail, obstruction du travail, manque de coordination du travail, ralentissement du travail et dystocie sont autant d'expressions que l'on retrouve dans les publications et dans les dossiers médicaux. La variété des termes témoigne du manque de critères clairs pour définir ce qu'on entend par «anomalies» du travail.

Les termes n'ayant pas de définition précise, il est très difficile de faire des comparaisons relativement à la fréquence des diagnostics spécifiques. Certaines études rapportent des taux d'accouchement par césarienne associés à un diagnostic de disproportion céphalo-pelvienne. Notzon[124] déclare que ce diagnostic a été porté pour 5 % des accouchements aux États-Unis, mais pour seulement 0,4 % des accouchements en Suède.

Les taux de césariennes en Ontario sont calculés en fonction des dystocies. Il s'agit d'une catégorie générale de diagnostic qui comprend les diagnostics spécifiques de disproportion, d'inertie, de ralentissement ou d'obstruction du travail, etc., qui figurent dans les dossiers médicaux. En 1988/1989, 12 % des femmes qui ont accouché tombaient dans cette catégorie. Dans les différentes régions de la province, la proportion des femmes avec un diagnostic de dystocie variait entre 8 % et 16 % (voir le Tableau 4.2). Comme les anomalies ont beaucoup plus de chances de se produire lors d'une première grossesse, ces proportions du total des accouchements représentent 20 % à 30 % ou plus du travail associé à une première grossesse. En fait, une étude de la dystocie à Ottawa[160] a indiqué que 30 % des 3 887 femmes primipares qui sont entrées en travail ont reçu un diagnostic de dystocie ou de disproportion.

Les femmes qui reçoivent un diagnostic de dystocie présentent également un risque accru de césarienne car, comme indication de césarienne, la dystocie vient immédiatement après la césarienne antérieure. C'est la cause la plus courante des césariennes *primaires*. Dans l'ensemble, en Ontario (1988-1989), 33 % des femmes qui présentent une dystocie accouchent par césarienne. Là aussi, il y a des variations considérables suivant les régions, entre 26 % et 46 % (voir le Tableau 4.1).

La fréquence élevée du diagnostic et l'intervention chirurgicale auquel il donne lieu se combinent pour donner actuellement à la dystocie une place de choix dans le tableau de l'accouchement par césarienne.

Diagnostic de dystocie

Le comité d'accord général sur l'accouchement par césarienne[25] a déclaré qu'il n'était pas possible de faire des recommandations relativement à ce qui constitue les meilleurs critères de diagnostic de la dystocie. Il a cependant proposé des directives pratiques : la femme doit être établie dans le travail; elle n'est pas considérée établie dans le travail pendant la phase de latence; elle doit présenter une dilatation du col d'au moins trois centimètres, et, une fois cette dilatation atteinte, un taux de dilatation de moins d'un demi-centimètre par heure pendant au moins quatre heures.

Stewart et al[160] ont démontré que ces recommandations ne sont pas appliquées. Leurs recherches dans les hôpitaux d'Ottawa ont indiqué que 35 % des diagnostics de dystocie sont portés pendant la phase de latence du travail, et que 41 % des césariennes pratiquées pour dystocie le sont pendant la phase de latence.

Il est généralement admis qu'un partographe est la meilleure façon de porter un diagnostic de dystocie[56]. Les différences entre les nombreux partographes concernent essentiellement l'évaluation de la phase de latence[56], qui a été décrite comme une phase mal comprise qui varie de façon considérable d'une femme à une autre[40]. Les données du sondage auprès des hôpitaux de l'Ontario indiquent que seulement environ 50 % des hôpitaux rapportent une utilisation systématique d'un graphique pour suivre les progrès du travail.

Tableau 4.2

Fréquence du diagnostic de dystocie et de son traitement par césarienne dans les différentes régions de l'Ontario (1988-89)

	% de travail avec diagnostic de dystocie	% de cas avec le diagnostic qui sont traités par césarienne
Sud-Ouest	9,3 %	35 %
Centre-Ouest	12,7 %	28 %
Centre-Est	11,3 %	36 %
Est	15,5 %	26 %
Nord-Ouest	10,4 %	27 %
Nord-Est	7,7 %	46 %

Source des données : HMRI

Traitement des femmes en travail

Dans un effort pour réduire la fréquence des césariennes pratiquées pour dystocie, on s'est intéressé aux protocoles mis au point à Dublin, en Irlande, pour la gestion active du travail. Au National Maternity Hospital de Dublin, toutes les femmes font l'objet d'une préparation prénatale sur la façon d'aborder le travail; elles sont évaluées soigneusement et ne sont admises en salle de travail qu'une fois le travail bien établi; elles sont suivies individuellement de façon constante et sont invitées à marcher; on procède par ailleurs à une auscultation fréquente de la fréquence cardiaque du foetus, et à un examen du col de l'utérus à intervalles spécifiques. Les circonstances qui indiquent qu'il faut pratiquer une rupture artificielle des membranes et procéder à une administration d'ocytocine, suivant un protocole normalisé, sont précisées. Le résultat, en termes de taux d'accouchements par césarienne, est d'environ 7 %[127, 128].

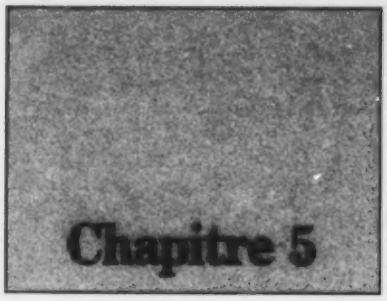
Une politique uniforme d'amniotomie et d'administration d'ocytocine pour insuffisance du travail a fait l'objet d'une évaluation à Moncton, au Nouveau-Brunswick[1]. Les taux de césariennes primaires sont tombés de 13,3 % à 4,3 % chez les femmes nullipares de plus de 36 semaines avec un seul foetus et présentation par le sommet. D'autres recherches sont en cours au Canada, y compris une évaluation des protocoles utilisés pour l'administration d'ocytocine[86]; et une étude du rôle de l'amniotomie[56].

D'autres aspects de la gestion du travail ont également été examinés. Un certain nombre de recherches ont porté sur l'effet du soutien social sur le travail[96, 98]; et ont conclu que ce dernier peut réduire de façon considérable la durée du travail ainsi que la fréquence des interventions. Thorp et al[164] ont conclu à une forte association entre l'utilisation de l'épidurale et l'augmentation des césariennes, mais il faudra poursuivre les recherches avant d'interpréter cette association. La rupture des membranes à terme avant le début du travail a été associée à une augmentation des césariennes lorsqu'elle donne lieu à un déclenchement précoce du travail[96]. Stewart et al[160] ont également trouvé que le déclenchement artificiel du travail contribuait à la pratique de la césarienne pendant la phase de latence.

Ces études sont importantes si l'on veut examiner plus en profondeur les aspects de la gestion du travail qui peuvent réduire la fréquence de la dystocie et, par là même, la fréquence de la césarienne pratiquée pour la traiter. Il faut aussi examiner les critères sur lesquels s'appuie le diagnostic. Si 30 % du travail des femmes primipares[160] est diagnostiqué comme anormal, les critères qui déterminent ce qu'est un travail «normal» ne semblent pas tenir compte des variations de la progression du travail entre les femmes.

Il est essentiel, pour que les choses changent à l'avenir, que le nombre de césariennes pratiquées pour dystocie soit réduit. Une diminution du nombre des césariennes primaires aura un effet de rebondissement, moins de femmes courant le risque d'accoucher par césarienne pour cause de césarienne antérieure.

Révision des indications de la césarienne



Le comité a procédé à une analyse détaillée de la déclaration d'accord général pour déterminer s'il fallait effectuer une mise à jour des directives qui l'accompagnaient à la lumière des informations accumulées depuis la conférence nationale d'accord général. Huit secteurs ont été identifiés comme pouvant donner lieu à une révision.

Déclaration d'accord général

Pour l'aider dans son analyse, le comité a demandé leur opinion sur lesdits secteurs aux organismes suivants :

- Association des sages-femmes de l'Ontario
- Groupe des infirmières des services d'obstétrique de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- Collège des médecins de famille du Canada, chapitre de l'Ontario
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Association des hôpitaux de l'Ontario
- Association des médecins de l'Ontario
- Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, section de l'Ontario
- VBAC Association of Ontario

Tous les groupes ont répondu. Leurs opinions ont été prises en considération lors de l'analyse des informations courantes et de la formulation des recommandations.

Les secteurs de la déclaration d'accord général identifiés aux fins de révision sont décrits en détail dans les sections suivantes.

A. Désignation des structures hospitalières appropriées

Bien que la rupture de l'utérus puisse être catastrophique pour la mère et pour l'enfant, elle se produit beaucoup moins fréquemment que certains autres accidents obstétriques aigus. Le comité d'accord général de 1985 recommandait que les hôpitaux qui dispensent des services d'obstétrique veillent à disposer de toutes les ressources nécessaires pour pouvoir commencer une césarienne d'urgence dans les 30 minutes dans tous les cas de travail, y compris celui des femmes qui ont subi une césarienne antérieure.

Malgré cette recommandation, un grand nombre des hôpitaux qui pratiquent des césariennes ne donnent pas aux femmes qui ont déjà subi une césarienne la possibilité d'entrer en travail et d'avoir un accouchement vaginal. Le risque de césarienne d'urgence pour rupture de l'utérus est inférieur (0,09 %) au risque de césarienne immédiate pour d'autres causes (2.7 %)[27]. Tout service hospitalier d'obstétrique doit faire face à ces risques, et les soins aux femmes qui entrent en travail après une césarienne antérieure n'exigent pas d'autres ressources que celles qui sont nécessaires pour répondre aux autres imprévus.

Tout en reconnaissant les problèmes spécifiques des petits hôpitaux isolés en ce qui concerne la disponibilité de certains services chirurgicaux ou le transport des mères, ***le comité a conclu qu'aucun service d'obstétrique, s'il est en mesure de pratiquer une césarienne d'urgence, n'a besoin d'augmenter ses ressources pour permettre aux femmes qui ont déjà subi une césarienne d'entrer en travail.***

B. Travail après plus d'une césarienne antérieure

Le comité d'accord général a déclaré qu'en 1985, on ne disposait pas de données suffisantes pour conclure que l'entrée en travail après plus d'une césarienne était une option raisonnable[25]. Le comité a analysé dix-huit rapports publiés depuis 1985.

Phelan et al[130] ont rapporté que,

sur 501 femmes avec plus d'une césarienne antérieure entrées en travail, 69 % ont eu un accouchement vaginal. L'analyse effectuée par le comité des recherches publiées entre 1985 et 1990 a indiqué que, sur 1 124 femmes qui sont entrées en travail après plus d'une césarienne, 70 % ont eu un accouchement vaginal. Sur le total des cas de travail rapportés, environ 70 % des femmes avaient eu deux césariennes antérieures. Leur taux d'AVAC était aussi de 70 %. Ces taux sont semblables aux taux rapportés pour les femmes qui ont eu une seule césarienne antérieure. Le taux estimé de déhiscence utérine semblait plus élevé (1,8 %) que le taux rapporté pour une seule cicatrice antérieure, mais il n'y avait pas d'augmentation du taux de rupture de l'utérus (0,1 %). (Voir Annexe VI.)

Les auteurs qui ont examiné cette question sont parvenus à la conclusion que le travail, dans cette situation, semble être une option raisonnable, et que le traitement ne devrait pas différer de celui qui est dispensé aux femmes qui ont eu une seule césarienne antérieure[41, 126, 133].

La directive de 1988 de l'AOGC[3] relativement à l'accouchement vaginal après plus d'une césarienne est la suivante :

> Une femme qui a déjà accouché deux fois ou plus par césarienne avec incision transversale au niveau du segment inférieur et qui veut tenter un accouchement vaginal ne doit pas en être dissuadée en l'absence de contre-indications.

Le comité a convenu que les données sur les résultats des épreuves du travail après plus d'une césarienne transversale inférieure sont encourageantes. À la lumière de l'expérience accumulée, ***le comité recommande que la décision relativement au travail et à l'accouchement vaginal après plus d'une césarienne antérieure soit laissée à la femme et à la personne qui s'occupe d'elle.***

C. Administration d'ocytocine pendant le travail dans les cas de césarienne antérieure

Le comité d'accord général estimait que les données n'étaient pas sûres relativement à l'utilisation de l'ocytocine et recommandait la prudence en matière de stimulation à l'ocytocine tant que l'on ne disposerait pas d'informations supplémentaires; il estimait que les données étaient insuffisantes en ce qui concernait le déclenchement du travail.

Depuis 1985, plus des 20 rapports publiés ont fourni des informations sur l'utilisation d'ocytocine pendant le travail après une césarienne. (Voir Annexe VI.) Le taux de rupture de l'utérus, parmi plus de 3 300 femmes qui avaient reçu de l'ocytocine, était de 0,4 %. Les données sur les déhiscences n'étaient pas complètes, mais sur la base de 1 311 femmes, le taux était de 1,8 %. Des rapports récents sur de larges séries de femmes avec une césarienne antérieure qui ont reçu de l'ocytocine pendant le travail ont conclu que cela n'augmente pas la fréquence de rupture ni de déhiscence de la cicatrice utérine[52, 116, 134] et que l'administration judicieuse d'ocytocine ne présente pas de risque chez les femmes qui ont une cicatrice transversale basse. Des études moins étendues sont parvenues aux mêmes conclusions[8, 50, 82, 83, 139].

Le comité a conclu que les résultats de l'utilisation de l'ocytocine étaient encore incomplets. La majorité des recherches ne font pas la distinction entre le déclenchement et l'augmentation du travail. Compte tenu de l'expérience dont on dispose actuellement, cependant, le comité recommande que, dans les situations où l'on envisage d'avoir recours à l'ocytocine, la présence d'une cicatrice transversale inférieure ne devrait pas avoir d'influence majeure sur la décision. Le comité recommande que les recherches se poursuivent sur les répercussions de l'administration d'ocytocine aux fins de déclenchement et d'augmentation du travail chez les femmes avec une césarienne antérieure.

D. Travail dans les cas de grossesse multiple ou de présentation par le siège après une césarienne antérieure

La déclaration d'accord général notait que l'on manquait de preuves pour faire une recommandation relativement au travail lorsque les femmes avaient des jumeaux ou une présentation par le siège lors d'une grossesse subséquente.

Une communication récente de Strong et al[162] a rapporté que 45 % des femmes avec des jumeaux entraient en travail et que 72 % de ces dernières avaient un accouchement vaginal. Il y avait 56 femmes dans l'étude et pas de différence significative sur le plan de la morbidité ou de la mortalité maternelles ou foetales. Or, cette seule étude représente plus d'un tiers de tous les AVAC avec des jumeaux, car on n'en trouve que 95 cas dans les publications. Bien qu'il semble que la grossesse multiple n'ajoute pas beaucoup au risque associé au travail, on ne dispose pas encore de preuves suffisantes pour recommander le travail à toutes les femmes dans cette situation. La décision doit être laissée à la femme et à son (sa) médecin.

Plus de 200 AVAC avec présentation du siège ont été rapportés dans les publications médicales. Deux études récentes portaient spécifiquement sur des femmes avec une présentation du siège à terme après une césarienne antérieure[130, 149]. Les auteurs des deux études ont conclu que, dans certaines grossesses avec présentation du siège après une césarienne, l'accouchement vaginal est une solution acceptable qui ne confère pas de risque supplémentaire pour la mère ni pour l'enfant. Le comité a estimé qu'il était important d'accumuler davantage de preuves à l'appui de cette conclusion avant de faire une recommandation définitive. La décision doit être laissée à la femme et à son (sa) médecin.

Le comité a également reconnu que la formation actuelle des médecins ne comprend pas nécessairement l'accouchement d'un siège à terme. Un programme de formation est nécessaire pour veiller à ce que les médecins acquièrent et conservent les aptitudes nécessaires pour pratiquer les accouchements par le siège.

E. Nécessité d'une consultation avant et pendant l'accouchement avec un(e) obstétricien(ne)/ chirurgien(ne)

La déclaration d'accord général recommandait une évaluation prénatale par un(e) obstétricien(ne) et une consultation avec l'obstétricien(ne)/ chirurgien(ne) et l'anesthésiste avant d'opter pour le travail après une césarienne antérieure.

Il est difficile de trouver des preuves empiriques qui confirment ou infirment la nécessité de soumettre les femmes avec une césarienne antérieure à une consultation prénatale. Le comité estime que c'est au (à la) responsable principal(e) du traitement de déterminer s'il est approprié de recommander le travail après examen du dossier de césarienne de la femme. Les documents doivent

obligatoirement indiquer l'emplacement de l'incision et l'indication de l'intervention antérieure.

Le comité a conclu qu'on ne devrait pas exiger des pourvoyeurs de soins principaux qu'ils obtiennent une consultation lorsque les documents indiquent qu'il y a eu incision transversale basse et que la femme ne présente pas de risque identifiable. Le (la) principal(e) pourvoyeur(euse) de soins doit s'assurer que les structures nécessaires pour l'accouchement sont en place comme pour toute femme en travail.

F. Critères pour le diagnostic de dystocie

Les critères de la déclaration d'accord général pour la dystocie requièrent que la femme soit établie dans le travail (dilatation d'au moins trois centimètres) et que la dilatation du col de l'utérus soit inférieure à un demi-centimètre par heure pendant les quatre heures qui suivent l'établissement du travail[25]. Le comité confirme ces critères pour le diagnostic de dystocie et recommande le partographe comme instrument de gestion du travail aux médecins, aux infirmières et aux autres pourvoyeurs de soins primaires.

G. Efficacité de la version céphalique par manoeuvres externes (VCE)

Le comité d'accord général recommandait de procéder à des études randomisées contrôlées pour établir l'efficacité et l'innocuité de la version céphalique par manoeuvres externes pour réduire l'incidence des césariennes pratiquées pour présentation par le siège[25].

En 1988-1989, plus de 70 % des présentations du siège ont donné lieu à une césarienne, et plus de 11 % de toutes les césariennes ont été pratiquées pour indication de présentation du siège. La version céphalique externe est un moyen de réduire l'incidence des présentations du siège et donc le nombre des césariennes.

Selon les données contenues dans l'Oxford Database of Perinatal Trials[81], et compilées pour le comité par Enkin[42], la VCE avant terme est sans effet. La VCE à terme est plus difficile mais elle est hautement efficace pour réduire l'incidence des présentations par le siège et donc des césariennes pratiquées pour cette indication. La VCE à terme n'a pas été associée à une augmentation de la morbidité périnatale. (Voir les tableaux à l'Annexe VII.)

Le comité recommande d'envisager de procéder à une version céphalique par manoeuvres externes, particulièrement à terme, compte tenu de son efficacité démontrée dans les essais cliniques randomisés. Le comité recommande que soient créés des programmes d'éducation qui permettent d'enseigner la pratique de cette intervention et les indications de son utilisation au niveau du 3e cycle et du perfectionnement professionnel.

Influence des facteurs non médicaux

Chapitre 6

Dans le chapitre 3, nous avons présenté les données courantes dont nous disposons en Ontario sur les variations des taux de césariennes entre les pays, les provinces, les régions de l'Ontario et les hôpitaux dans chaque région. Les publications médicales montrent aussi des différences notables des taux de césariennes entre les différents médecins d'un même hôpital[62, 32]. Certaines variations peuvent s'expliquer par les caractéristiques spécifiques de la grossesse et de l'accouchement et leur effet sur la méthode d'accouchement, mais les préférences individuelles semblent aussi compter pour beaucoup.

Théoriquement, les directives et les politiques cliniques basées sur les résultats des recherches courantes devraient permettre de réduire les variations dues aux préférences personnelles. Or, il apparaît clairement, d'après les publications et les variations des taux de césariennes dans leur ensemble et en fonction d'indications spécifiques, que les préférences en matière de pratique ne sont pas facilement ni rapidement modifiées par les résultats de recherche.

Certains facteurs non médicaux ou sociaux contribuent à expliquer pourquoi les directives n'ont pas réduit les taux de variation. On peut citer, en particulier, la crainte des poursuites judiciaires, le style personnel des praticiens, le contexte dans lequel ils pratiquent, la commodité (pour les femmes, les familles et les médecins), les encouragements financiers, les ressources disponibles et la préférence des femmes.

Crainte des poursuites judiciaires parmi les médecins

Un certain nombre de chercheurs indiquent que les cliniciens invoquent de plus en plus souvent la crainte des poursuites judiciaires pour expliquer leur décision de pratiquer une césarienne[107, 62, 108, 68]. Le nombre des poursuites varie suivant les juridictions, en fonction des tendances de la société en la matière. Parmi les médecins, la crainte des poursuites semble avoir une plus grande influence que la mise à exécution de la menace.

La crise provoquée dans le milieu médical par les accusations de négligence professionnelle a commencé aux États-Unis au milieu des années 1970 avec une augmentation notable de la fréquence des plaintes, de l'importance des montants adjugés et des primes d'assurance. Cette crise n'a pas été partagée par les médecins canadiens. À la différence de ce qui se passe aux États-Unis, où les médecins sont couverts par des assureurs commerciaux qui travaillent à des fins lucratives, la plupart des médecins canadiens sont membres de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), organisme sans but lucratif qui leur offre un service professionnel d'auto-protection à un prix relativement bon marché. L'ACPM représente presque tous les médecins menacés de poursuites et les défend dans tous les cas plutôt que d'accepter un règlement à l'amiable (à moins d'évidence de négligence professionnelle grave), stratégie qui est supposée décourager les poursuites contre ses membres. Un autre aspect qui explique certaines des différences entre les deux pays en matière de poursuites judiciaires, est la rareté des procès avec jurés pour négligence professionnelle médicale au Canada. Les procès avec jurés pour négligence professionnelle médicale sont courants aux États-Unis.

À la fin des années 1980, le corps médical a senti que la situation médico-légale au Canada frôlait la crise. Les médecins comme les gens de loi étaient préoccupés par les effets négatifs de l'augmentation des poursuites sur le système de soins de santé, tandis que ceux qui avaient besoin de réparation ne recevaient pas satisfaction. En 1987, les sous-ministres de la Santé du Canada chargèrent J. Robert S. Prichard, alors doyen de l'École de droit de l'université de Toronto, de présider un groupe d'études fédérales/provinciales/territoriales sur les questions de responsabilité et de réparation en matière de soins de santé.

Le comité sur l'accouchement par césarienne a examiné les résultats et les recommandations de Prichard en ce qui concerne l'effet de la crainte des poursuites judiciaires sur la décision des médecins de pratiquer des césariennes. Le comité a également entendu la présentation sur la question du Dr Walter Hannah, représentant du groupe de travail sur

l'obstétrique et la gynécologie, et de la Dre Manny Gluck de l'ACPM.

Au cours des 15 dernières années, au Canada, la fréquence des accusations de négligence professionnelle déposées contre les médecins a triplé per capita. Pendant la même période, le montant moyen des réparations imposées aux médecins a quadruplé en termes réels. Cette croissance de la fréquence et de l'importance des réparations est comparable à ce qui se passe aux États-Unis et au Royaume-Uni, bien que la fréquence moyenne absolue des accusations soit plus élevée qu'au Canada dans l'un et l'autre pays (environ cinq fois plus élevée aux États-Unis). Le rapport Prichard, *Liability and Compensation in Health Care*[141], déclarait qu'il existe «une possibilité très substantielle» de croissance du nombre et de la fréquence des plaintes qui seront déposées contre les médecins et les établissements de santé. Il estimait que moins de 10 % des patients qui sont victimes de négligence reçoivent réparation (250 en 1987), et qu'il y avait des raisons de croire que les poursuites contre les médecins iraient en augmentant à moins que des réformes ne soient entreprises.

L'ACMP assigne la plus haute catégorie de risque (catégorie 6) aux obstétriciens-gynécologues, lesquels paient les primes les plus élevées – actuellement 13 000 $. Les recherches compilées par le rapport Prichard ont conclu que les anesthésistes, les chirurgiens orthopédistes et les obstétriciens comptaient pour environ 25 % des réparations bien qu'ils ne constituent que 8 % de la population des médecins du Canada. À cause du risque de responsabilité relativement élevé des obstétriciens et des anesthésistes, Prichard a fait faire des sondages pour évaluer l'opinion de ces spécialistes ainsi que des médecins de famille, puisque ces derniers constituent environ 50 % de la population des médecins et dispensaient dans le passé des services d'obstétrique et d'anesthésie.

Les résultats des trois sondages sont particulièrement intéressants dans le cadre de cette discussion des influences non médicales sur le taux des accouchements par césarienne en Ontario. Par exemple, le sondage auprès des obstétriciens a révélé une augmentation notable, au cours des trois dernières années, du recours à certaines pratiques avant et pendant l'accouchement. Il s'agit de pratiques dont l'efficacité n'a pas été établie, notamment l'échographie au début et à la fin de travail, l'évaluation biochimique du bien-être du foetus, le monitorage électronique du foetus et la césarienne lorsque l'on *soupçonne* qu'il y a souffrance foetale. Plus de 50 % des répondants ont dit qu'au cours des cinq dernières années, ils avaient augmenté leur pratique du monitorage électronique du foetus, et que cela avait entraîné une augmentation des césariennes pour souffrance foetale soupçonnée (c'est nous qui soulignons). Un tiers des répondants ont dit que la crainte des poursuites judiciaires avait eu une influence marquée sur leur utilisation accrue du monitorage électronique du foetus et de la césarienne. Ces résultats confirment l'opinion que la crainte des poursuites judiciaires entraîne une augmentation du recours à la technologie, ainsi que des coûts pour le système de soins médicaux.

Dans les sociétés qui ont facilement recours aux poursuites judiciaires, la césarienne est considérée comme une procédure sans risque qui prouve que le (la) médecin a fait tout ce qu'il (elle) a pu pour parvenir aux meilleurs résultats pour la mère et pour l'enfant[109]. Un certain nombre de chercheurs ont examiné le rapport entre la crainte des poursuites judiciaires et la césarienne. Carpenter et al[15], Goyert et al[62], et Newton et Higgins[120] n'ont pas trouvé que cela avait une influence sur la décision. Cependant Marieskind[109], dans son analyse des facteurs qui influençaient les taux de césariennes, et Lomas et Enkin[108], dans leur importante analyse des publications, ont identifié les poursuites pour négligence professionnelle comme ayant une influence importante sur les taux de césariennes. Le sondage effectué auprès des obstétriciens pour le rapport Prichard a conclu que la majorité des obstétriciens du Canada décident de pratiquer une césarienne en cas de souffrance soupçonnée du foetus à cause des risques de poursuites judiciaires. Deux-tiers des répondants ont convenu qu'ils couraient moins de risques d'être poursuivis pour dommages neurologiques causés à l'enfant s'ils avaient pratiqué une césarienne.

Le rapport Prichard propose une stratégie de réforme fondamentale qui comprend trois éléments principaux :

i) maintenir et réformer les poursuites pour négligence professionnelle contre les médecins et les établissements de santé (Recommandations 3-18, 42-44 et 72);
ii) accroître la responsabilité des établissements de santé en matière de prestation de soins de haute qualité (Recommandations 29-40 et 67-68); et
iii) élaborer un système de réparation sans égard à la responsabilité à l'intention des personnes qui subissent des dommages de santé notables et évitables (Recommandations 45-64 et 75).

Les membres des trois spécialités médicales auxquelles s'adressait les sondages ont tous dit que le bulletin de l'ACMP était la source d'information qui avait sur eux le plus d'influence en matière de responsabilité professionnelle (88 % des médecins de famille, 92 % des anesthésistes et 90 % des obstétriciens). En deuxième lieu, toujours pour les trois spécialités, venaient les échanges avec les collègues. Seul un très faible pourcentage de répondants ont indiqué que des sources d'information comme les organismes de réglementation, les programmes de perfectionnement professionnel et les programmes de 3e cycle avaient une influence sur leur pratique.

Dans une publication de recherche préparée pour le rapport Prichard, Bernard Dickens fait remarquer que l'ACMP, par les conseils qu'elle prodigue à ses membres sur les questions légales, renforce indûment les pratiques conservatrices si bien que les médecins hésitent à employer des moyens médicaux nouveaux, moins dangereux, plus efficaces et plus économiques[35]. Étant donné l'influence de l'ACMP, il est important que son bulletin de 1989 sur la césarienne soit mis à jour en fonction des résultats des recherches courantes.

Crainte des poursuites judiciaires parmi les infirmières et infirmiers

Le rapport Prichard a également demandé que des recherches soient effectuées et publiées sur la part des infirmiers dans les poursuites judiciaires[48]. La conclusion de la publication était que, bien que l'habitude d'inclure les infirmiers au nombre des défendants se soit développée depuis 1970, il y a peu de preuves de croissance réelle des poursuites à leur égard, malgré l'anxiété exprimée par les personnes clés interrogées. Les tribunaux considèrent généralement

que la négligence des infirmiers relève de la responsabilité de l'employeur(e).

Les associations provinciales et territoriales d'infirmières et d'infirmiers offrent à leurs membres une assurance de la responsabilité civile professionnelle secondaire. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a estimé qu'au cours des huit dernières années, la contribution en provenance de 10 juridictions avait été d'environ 5 millions de dollars en primes d'assurance de la responsabilité civile professionnelle, tandis qu'environ 100 000 $ avaient été payés à titre de réparation.

Comme les obstétriciens interrogés pour le rapport, les infirmiers estimaient que la crainte des poursuites judiciaires avait eu pour effet d'augmenter la documentation dans le dossier des patients[48]. Les infirmiers interrogés ne reliaient pas nécessairement l'augmentation de la documentation à une amélioration des normes relatives aux soins aux patients, mais plutôt à des pratiques infirmières de défense.

Ressources humaines

On n'a pas établi de rapport clair entre la présence d'anesthésistes, d'obstétriciens et de médecins de famille, et le taux de césariennes. Les données disponibles suggèrent, cependant, qu'en Ontario, le nombre des médecins de famille des régions rurales qui sont prêts à dispenser des services d'obstétrique ou d'anesthésie obstétrique est en baisse. Un sondage a indiqué que 85 % des répondants ruraux dispensaient des services d'obstétrique il y a cinq ans alors que seulement 40 % le font maintenant[141]. Seulement 10 % des médecins de famille de l'Ontario se sont dits prêts à administrer une anesthésie générale, alors que 21 % dispensaient ce service il y a cinq ans.

Un sondage a été effectué en Ontario en 1988 auprès de 88 petits hôpitaux (moins de 100 lits de soins aux malades aigus) par l'Ontario Medical Association sous la direction du Dr James Rourke. Les résultats confirment la diminution du nombre de médecins de famille qui pratiquent l'obstétrique dans les collectivités rurales. Sur la base des 80 hôpitaux qui ont répondu, le rapport a conclu que :

> 97 % de tous les accouchements par césarienne et 88 % de tous les accouchements étaient pratiqués dans les 46 hôpitaux qui sont équipés pour pratiquer des césariennes tout le temps ou la majorité du temps; 10 de ces hôpitaux ont indiqué que leurs césariennes étaient pratiquées par des obstétriciens, 27 hôpitaux ont indiqué qu'elles étaient pratiquées par des chirurgiens généraux et 10 hôpitaux qu'elles étaient pratiquées par d'autres personnes.

La plupart des petits hôpitaux interrogés comptent sur les médecins de famille pour les accouchements; 34 % ont rapporté une pénurie des médecins de famille qui pratiquent l'obstétrique et 66 % ont prédit une pénurie au cours des cinq prochaines années[146].

Un autre sondage, effectué par l'OMA sur le personnel des services d'obstétrique, a trouvé que le nombre des nouveaux médecins de famille qui étaient prêts à dispenser des soins d'obstétrique dans les petits hôpitaux communautaires (moins de 750 accouchements par an) dépassait le nombre de ceux qui prenaient leur retraite. Cependant, ces nouveaux praticiens ne couvriront pas six hôpitaux qui dépendent de trois médecins ou moins. Ces hôpitaux cesseront de dispenser des services d'obstétrique en 1990, y compris les services d'anesthésie et le soutien chirurgical.

À la question du rapport Prichard qui demandait aux médecins de famille, qui avaient réduit ou cessé leur pratique obstétrique au cours des cinq dernières années, les raisons qui avaient motivé leur décision, la majorité (61,5 %) ont cité un désir de changer de mode de vie. La crainte des poursuites judiciaires venait en second et était mentionnée le plus souvent par les médecins de l'Ontario. Les médecins de l'Ontario et du Québec avaient davantage tendance à mentionner l'insuffisance des cas pour expliquer pourquoi ils avaient diminué ou éliminé l'obstétrique de leur pratique.

La diminution marquée du nombre de médecins de famille qui pratiquent l'obstétrique réduit l'accès des patients aux services locaux mais rien ne semble prouver que la qualité des services restants s'en trouve diminuée. En fait, le manque de compétence était souvent cité comme l'une des raisons pour réduire la pratique de l'obstétrique, et le fait que les césariennes soient pratiquées dans des établissements qui disposent de services de soutien pourrait indiquer que les standards se sont améliorés.

Le groupe de travail sur l'obstétrique et la gynécologie du rapport Prichard a exprimé son inquiétude devant la crise posée par la diminution croissante du nombre des praticiens. Le sondage a indiqué que 42 % des obstétriciens cessaient de faire des accouchements à l'âge de 48 ans. Il a également trouvé que 23 % cessaient ou réduisaient leur pratique de l'obstétrique moins de dix ans après leur spécialisation, et 38 % après 1 à 20 ans de pratique.

Des études effectuées par l'Association médicale canadienne indiquent une pénurie d'environ 200 obstétriciens dans l'ensemble du pays. Cette pénurie risque d'empirer par suite de l'insuffisance des remplaçants. Les programmes d'internat en obstétrique et gynécologie ont du mal à pourvoir leurs postes chaque année.

Comme dans le cas des médecins de famille, la raison le plus souvent citée par les spécialistes en obstétrique et gynécologie pour expliquer la réduction ou l'élimination de l'obstétrique de leur pratique était le désir de changer de style de vie. La crainte des poursuites judiciaires venait au deuxième rang des réponses.

Le comité est préoccupé par le taux d'attrition des médecins de famille qui dispensent des services d'obstétrique dans les régions rurales et par la menace de pénurie d'obstétriciens.

Encouragements financiers

Le comité a analysé les publications qui ont examiné le rapport entre les encouragements financiers et la méthode d'accouchement.

Une césarienne est une intervention chirurgicale qui prend environ une heure du temps d'un(e) médecin[59]. Le travail et l'accouchement vaginal constituent un processus naturel qui risque de demander beaucoup plus de temps. Comme le font remarquer Lomas et Enkin[107] :

> l'influence de l'encouragement financier direct sera très inférieur à l'encouragement financier indirect représenté par la possibilité de contrôler le temps et la durée de l'activité de l'obstétricien(ne) lorsqu'une césarienne est pratiquée, par comparaison avec l'absence de ce type de contrôle lorsqu'il y a travail et accouchement spontanés (p. 1191).

En Ontario, le ministère de la Santé rembourse aux médecins 238,30 $

pour un accouchement vaginal et 285,90 $ pour une césarienne. Il y a un petit honoraire différentiel de 26 $ pour un AVAC[114]. Ces honoraires ne comprennent pas les soins prénatals ou postnatals ni les complications supplémentaires qui peuvent survenir en cours de travail ou d'accouchement.

Certains chercheurs se sont demandés si les encouragements (ou le manque d'encouragements) financiers avaient un impact sur les taux de césariennes. Les sondages effectués dans le cadre du rapport Prichard auprès des médecins de famille et des obstétriciens ont tous deux conclu qu'environ 5 % et 21 % respectivement des répondants citaient l'insuffisance des honoraires comme la principale raison pour décider de réduire ou de supprimer leur pratique de l'obstétrique.

Certains ont proposé de changer le système de rémunération et d'instituer un encouragement financier – plutôt que le non-encouragement actuel – pour l'accouchement vaginal[59], y compris un honoraire supplémentaire notoire pour les AVAC.

En 1986, l'Alberta a introduit des honoraires d'encouragement pour l'entrée en travail après une césarienne, indépendamment du fait que cela soit suivi par un accouchement spontané ou une nouvelle césarienne (communication personnelle, ministère de la Santé de l'Alberta). Ces honoraires sont nettement plus élevés que les honoraires prévus pour une nouvelle césarienne volontaire. Les données du régime d'assurance-maladie de l'Alberta indiquent que 70 % des femmes qui entrent en travail ont un accouchement vaginal. Cependant, les AVAC en Alberta ne représentent toujours que 3 % de tous les accouchements (par comparaison avec une estimation de 1 % en Ontario). Le taux de césariennes était de 19 % en Alberta en 1989.

Commodité pour les médecins

Certaines recherches ont examiné l'association entre les césariennes et le facteur de commodité. Si les césariennes étaient pratiquées pour des raisons de commodité, on pouvait s'attendre à ce que la majorité soient pratiquées pendant la semaine et pendant la journée ou en début de soirée. Fraser et al[57] ont évalué cette hypothèse et n'ont pas trouvé de données à l'appui de la thèse de la commodité. La même étude, effectuée par Evans et al[45], a conclu que les césariennes aiguës et semi-aiguës étaient pratiquées hors de toute tendance particulière en matière de jour ou d'heure, mais que les césariennes non aiguës étaient moins souvent pratiquées la nuit (entre minuit et 8 h). Lomas et Enkin[107] ont analysé un certain nombre de recherches sur la question et ont conclu que le facteur de commodité pour les médecins influence effectivement les taux de césariennes dans une mesure indéterminée. Ils se sont dits préoccupés par le fait que les taux de césariennes subséquentes étaient effectivement influencés par la facilité que représentait une intervention chirurgicale planifiée pour la femme, sa famille et le (la) médecin.

Dans certains services d'obstétrique, les médecins travaillent en groupe pour dispenser des services 24 heures par jour. Si les membres du groupe partagent les mêmes principes, les médecins peuvent laisser sans danger leurs patientes aux mains de leurs collègues. Cet arrangement pourrait permettre de réduire les taux de césariennes; cette hypothèse, cependant, ne s'est pas trouvée confirmée par les évaluations officielles.

Préférences des femmes

Bien que ce soit les médecins qui pratiquent l'intervention chirurgicale qu'est la césarienne, il est évident qu'au moins dans les cas où il s'agit de choisir entre un AVAC et une nouvelle césarienne, la préférence de la femme a une influence importante sur la décision. Il est important de mieux comprendre le point de vue des femmes sur les risques et les avantages respectifs de la césarienne et du travail et de l'accouchement vaginal.

On n'a pas évalué dans quelle mesure la demande de la femme en matière de méthode d'accouchement a effectivement une influence sur la pratique[59, 108]. Johnson et al[92] ont effectué un sondage auprès d'obstétriciens américains pour connaître leur réponse au cas hypothétique où une femme en travail demanderait une césarienne alors que l'obstétricien(ne) a recommandé le travail et l'accouchement vaginal. Dans les cas où il n'y avait clairement aucune indication médicale de césarienne, 90 % ont répondu qu'ils continueraient avec le travail. Dans l'hypothèse où une femme en travail après une césarienne antérieure choisirait d'avoir une nouvelle césarienne alors que la dilatation est de 9 cm, 45 % des médecins auraient continué avec le travail.

Ces situations hypothétiques ne permettent pas de se demander pourquoi la femme aurait demandé une césarienne. Étant donné la situation actuelle en Amérique du Nord et le manque d'informations générales sur les AVAC, il est fort possible que les femmes *s'attendent* à avoir une nouvelle césarienne. Sans informations sur l'AVAC, la «préférence» pour une nouvelle césarienne, n'est pas le signe d'une prise de décision informée.

Dans une étude effectuée en Californie de 100 femmes avec une césarienne antérieure qui étaient jugées médicalement capables de travail et d'accouchement vaginal, deux-tiers des femmes ont choisi le travail tandis que les autres choisissaient d'avoir une nouvelle césarienne[153]. Une étude similaire effectuée par Kirk[97] avec 168 femmes montrait une distribution semblable de 2/3 – 1/3.

Des vérifications des dossiers médicaux ont été effectuées dans un petit nombre d'hôpitaux de l'Ontario dans le cadre d'une recherche subventionnée sur les césariennes[43] pour étudier les indications de nouvelle césarienne. Les dossiers indiquaient que la préférence des patientes comptait pour près de 50 % des répétitions de césarienne dans certains hôpitaux. Cependant, il arrivait souvent que les dossiers ne donnent pas d'explication pour les nouvelles césariennes si bien que les données sont incomplètes. Même lorsque la préférence des patientes était notée, il était impossible de déterminer les raisons à l'appui de ces préférences ni dans quelle mesure les femmes avaient été informées des choix qui s'offraient à elles.

Dans les études de Kirk[97] et Shepherd-McClain[153], les raisons données par les femmes en faveur d'un AVAC (rétablissement plus rapide, désir de faire l'expérience de l'accouchement naturel) ou d'une nouvelle césarienne (éviter les douleurs du travail, savoir à quoi s'attendre et simplification) étaient plus «sociales» que «médicales». L'exception était l'opinion exprimée par un pourcentage important des femmes qui choisissaient de subir une nouvelle césarienne parce qu'elles estimaient qu'elles n'avaient guère de chances d'avoir un accouchement vaginal[97].

En fait, la raison la plus souvent citée à l'appui du choix d'une nouvelle césarienne était la faible probabilité d'un accouchement vaginal. Ce résultat souligne qu'il est important d'informer et de conseiller les femmes sur les probabilités d'accouchement vaginal après une césarienne pour qu'elles puissent prendre des décisions informées.

L'interaction entre la femme et le (la) pourvoyeur(euse) de soins est importante pour l'information et la prise de décision. Dans deux études[96, 118], même lorsque les femmes s'identifiaient comme étant les seules responsables de la décision, la grande majorité (86 % et 79 %) estimaient que leur médecin avait eu beaucoup d'influence sur leur décision d'entrer en travail. Le fait que cette interaction est souvent moins que satisfaisante est illustré dans les rapports des groupes de soutien à l'accouchement sur la difficulté qu'ont beaucoup de femmes informées à trouver un(e) médecin prêt(e) à discuter des options possibles et à offrir les soins associés à un AVAC. Beaucoup d'hôpitaux en Ontario ou bien ne pratiquent pas l'AVAC ou ne le pratiquent que dans le cadre de politiques très restrictives. Les médecins rapportent que, parfois, les femmes (ou leur partenaire) refusent d'envisager un AVAC.

Les informations limitées fournies par les recherches montrent à quel point il est difficile de tirer des conclusions sur l'effet de la préférence des femmes sur la pratique effective. Pour commencer, il est important de se renseigner sur les préférences réelles en matière de méthode d'accouchement, et sur les raisons derrière les préférences. Ensuite, il faut évaluer la qualité des informations utilisées par les femmes et la façon dont ces informations et ces conseils sont impartis. Enfin, le processus aux termes duquel les médecins et les femmes parviennent (ou ne parviennent pas) à un accord constitue également une considération importante.

Style personnel des médecins

Plusieurs études ont examiné l'influence du style de pratique des différents médecins sur les taux de césariennes. Les résultats des recherches récentes indiquent que les variations entre les médecins individuels et les groupes de médecins ne peuvent pas être attribuées entièrement aux facteurs de risque associés aux grossesses, aux préférences des patientes ou à leur situation socio-économique, à la longueur de la pratique des médecins, à l'expérience médico-légale récente des médecins ou à une amélioration des résultats néonatals[62, 32]. Les auteurs de ces recherches ont trouvé que le style personnel des médecins en matière de pratique était un déterminant important des différences entre eux relativement aux taux de césariennes.

En résumé, ce chapitre a fait l'analyse des données existantes sur plusieurs facteurs non médicaux qui sont supposés influencer les taux d'accouchements par césarienne. Bien qu'il ne soit pas possible de quantifier l'influence des différents facteurs non médicaux sur les taux de césariennes, les publications indiquent clairement que ces facteurs exercent, aussi bien sur les médecins que sur les consommateurs, une influence importante et difficile à changer.

Stratégies proposées pour réduire le nombre des césariennes

Chapitre 7

La préoccupation devant l'augmentation du nombre des césariennes au Canada et aux États-Unis au cours des 20 dernières années a donné lieu à un certain nombre de propositions. Le comité a examiné les publications toujours plus nombreuses sur l'efficacité des différentes stratégies utilisées pour modifier la pratique courante. Dans ce chapitre, nous examinons les stratégies mises en oeuvre pour changer la façon de faire des professionnels de la santé et les attentes des consommateurs.

Stratégies visant à modifier la pratique médicale

Les comportements à modifier sont complexes car ils concernent la décision de pratiquer une césarienne et non la compétence requise à cette fin. Outre les facteurs non médicaux ou sociaux discutés dans le chapitre précédent, l'aptitude à changer ou le désir de changer d'un praticien peuvent être influencés par l'expérience personnelle, l'avis général des collègues de la même région, l'avis des meneurs de l'opinion et les sentiments qu'éprouve le (la) praticien(ne) à la perspective du changement proposé[64, 93].

Un certain nombre d'études ont examiné la dynamique du comportement des médecins et les meilleures façons de modifier la pratique clinique. Cinq stratégies semblent s'avérer efficaces : l'éducation, le contrôle par les collègues, les modifications administratives, la participation, et les récompenses et les pénalités.

Éducation

Les publications indiquent clairement que les informations à elles seules, qu'il s'agisse des résultats de recherche publiés dans les journaux professionnels ou des directives cliniques des organismes de réglementation ou des organisations professionnelles suffisent rarement à provoquer les changements de pratique appropriés[107, 159, 59, 93].

L'une des stratégies éducationnelles qui a échoué a été la circulation des directives de la déclaration d'accord général sur les césariennes. Ces directives, qui avaient reçu l'approbation de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ont été largement diffusées. Une étude effectuée pour déterminer leur effet sur la pratique clinique a conclu que, bien que la plupart des obstétriciens aient déclaré être au courant des directives, être d'accord avec leur contenu et avoir modifié leur pratique en conséquence, ils n'en avaient en fait qu'une piètre connaissance, et les taux de césariennes n'avaient que très légèrement infléchi leur tendance préalable à la hausse. Les auteurs ont conclu que, bien que les directives aient pu amener les médecins à envisager de modifier leurs façons de faire, il fallait leur offrir d'autres encouragements, ou supprimer les «non-encouragements» si l'on voulait opérer un changement rapide dans la pratique[107].

La contrepartie américaine de ces directives n'a pas réussi non plus à modifier la pratique[59]. Dans son commentaire, Gleicher avance l'idée que les directives n'ont pas suffisamment de poids pour modifier des habitudes bien établies. En outre, les directives ne tiennent généralement pas compte du contexte de la pratique communautaire, c.-à-d. des pressions qui s'exercent sur les médecins en termes de temps et de crainte des poursuites judiciaires[159].

Il existe de nombreuses publications sur les programmes d'éducation; cependant, la plupart des évaluations souffrent de limitations méthodologiques. Une étude de 248 articles de perfectionnement professionnel a conclu que seuls sept articles respectaient des critères de méthodologie rigoureux dans des domaines comme la répartition randomisée des sujets et de la population témoin. Les auteurs ont conclu que ces sept articles apportaient une preuve convaincante que les articles qui visent le perfectionnement professionnel pouvaient améliorer le comportement des médecins[73]. Cependant, Eisenberg[39] déclare que les limitations méthodologiques empêchent de conclure de façon définitive que l'éducation à elle seule peut amener les médecins à modifier leur comportement.

Les interventions d'ordre éducationnel mentionnées dans les publications comprennent les envois par courrier, les ateliers de formation, les discussions en petits groupes, les réunions, les conférences, les études individuelles, les rappels informatisés, la simulation des patients, les informations sur le coût des services médicaux, la publication de directives et les renseignements fournis par l'analyse des décisions médicales[29, 39].

En résumé de sa recherche, Eisenberg[39] propose la conclusion suivante sur le programme d'éducation le plus efficace :

> Les besoins perçus des cliniciens doivent être compris puis satisfaits par le programme d'éducation. Les attitudes des médecins doivent être prises en considération et peut-être modifiées. La participation active des chefs de file professionnels est essentielle, et le contact personnel avec l'éducateur(trice) semble donner les meilleurs résultats. Si les médecins comprennent la nécessité du changement, l'éducation aura plus de chances de les amener à modifier leur pratique (p. 110).

Goldman[60] avance l'idée que le succès des stratégies d'éducation qui visent à modifier le comportement dépend du contexte. Si les différentes forces en action (demande des patients, encouragements financiers) vont dans le même sens que les nouvelles informations, on peut espérer assister à une modification rapide du comportement. Lorsque ce n'est pas le cas, d'autres méthodes (contrôle, modifications administratives) risquent de donner de meilleurs résultats.

Contrôle par les collègues avec rapport aux intéressés

Le contrôle constitue un autre moyen de modifier le comportement des médecins, et certains auteurs y voient une forme d'éducation. Cependant, l'éducation n'a qu'une influence intellectuelle; l'effet du contrôle se fait sentir à la fois au niveau de l'intellect et du comportement[39].

Le contrôle a pour objet de modifier les habitudes des médecins en les amenant à prendre conscience de leur propre comportement. L'une des formes de contrôle connues des médecins est la vérification effectuée par les collègues. Il peut s'agir d'un processus externe ou interne. D'après Wilbur[171], un(e) spécialiste impartial(e) dans le même domaine est la personne la mieux à même de juger des normes qui régissent la pratique d'un(e) médecin. Il suggère des vérifications régulières par les collègues en fonction de normes acceptées conjointement par le personnel médical et les vérificateurs, et la prise de mesures immédiates en cas de pratiques de mauvaise qualité.

Eisenberg[39] estime que le contrôle a le plus de chances de réussir dans les conditions suivantes :

> si les médecins sont comparés avec leurs collègues et si l'information est communiquée personnellement par un(e) médecin qui occupe une position d'autorité clinique. Le contrôle a plus de chances de réussir lorsqu'il porte sur un problème clinique unique dont les normes de pratique ont fait l'objet d'un consensus parmi les médecins (p. 117).

Parce qu'il préserve l'autonomie des médecins, le contrôle interne par les collègues a été jugé plus facile à appliquer que des formules plus interventionnistes comme la vérification externe ou les pénalités[159]. L'agrément des hôpitaux peut constituer une forme de vérification externe, même si elle demeure limitée. Pour réduire les taux élevés de césariennes, la U.S. Joint Commission sur l'agrément des établissements hospitaliers a adopté des indicateurs des pratiques obstétriques à utiliser dans le cadre des programmes futurs de contrôle de la qualité[159].

La participation des autorités cliniques est importante, qu'il s'agisse d'éducation ou de contrôle. L'influence ou le prestige social et professionnel d'un(e) clinicien(e) respecté(e) peut être la clé du succès ou de l'échec des tentatives de changement[39].

Ces deux stratégies sont bien adaptées au modèle professionnel de prise de décision médicale. Elles supposent qu'une fois informés de la différence entre leurs propres pratiques et l'idéal ou la norme, les médecins seront prêts à modifier leur comportement pour dispenser des services médicaux de qualité en retour de l'argent qu'ils reçoivent[39]. Mais ce n'est pas toujours le cas. Les médecins sont facilement obstinés et il faut trouver le moyen d'ébranler cette obstination. C'est alors qu'entrent en jeu la participation, les modifications administratives et les récompenses ou les pénalités.

La participation est fondée sur le fait que, si l'on veut que les professionnels changent d'attitude, il faut les inviter à participer au changement. La stratégie de changement adoptée doit être celle qui leur convient le mieux. La valeur de la participation des médecins aux efforts de modification de leur pratique est un élément important du contrôle de la qualité, car elle suppose qu'ils soient personnellement intéressés à répondre du mieux possible et à contribuer au succès du programme[39].

Une autre façon de modifier les comportements est d'imposer de nouveaux règlements administratifs. Par exemple, un hôpital pourrait imposer une seconde opinion obligatoire pour toutes les césariennes subséquentes, des critères objectifs pour toutes les césariennes primaires et subséquentes, ou une politique de gestion active du travail[165, 148, 119]. Cette stratégie n'est pas sans risque. Elle peut être impopulaire auprès des médecins, ce qui risque de créer un milieu de travail déplaisant. Les médecins peuvent aussi trouver des moyens de contourner les règlements[39].

L'utilisation de la composante de remboursement pour réduire les taux de césariennes est basée, du moins en partie, sur les encouragements financiers[159]. Jusqu'ici, les honoraires d'encouragement n'ont pas semblé accroître les taux d'AVAC. L'encouragement financier adopté par l'Alberta en 1986 pour promouvoir l'AVAC n'a pas eu beaucoup d'effet. De même, les recherches effectuées en Amérique sur l'impact de l'égalisation des honoraires des médecins pour les accouchements vaginaux et par césarienne

n'ont pas indiqué de réduction dans le taux des césariennes[150].

Les publications rapportent davantage d'exemples de recours aux pénalités pour modifier les comportements. On pourrait, par exemple, réduire le remboursement des césariennes volontaires. L'expérience semble indiquer que la simple menace de pénalité est efficace pour modifier la pratique des médecins. Un grand nombre des programmes qui ont réussi avec les pénalités utilisaient aussi d'autres stratégies[39].

Pratique infirmière

Les infirmières qui s'occupent des femmes en travail jouent un rôle clé dans les soins qui sont prodigués aux femmes dans les hôpitaux. Tout un ensemble de recherches indiquent que les pratiques infirmières peuvent réduire les taux d'intervention pendant le travail et l'accouchement. On sait, par exemple, que la position debout et la marche peuvent diminuer la longueur de la première phase du travail. De même, les infirmières qui aident les femmes à pousser en exhalant plutôt qu'à soutenir un long effort peuvent réduire les risques d'hypoxie foetale[17].

Le soutien accordé aux femmes pendant le travail a des effets bénéfiques, même lorsque les femmes peuvent s'attendre à des résultats favorables. D'après une étude effectuée à Toronto, les membres d'un groupe expérimental de femmes accompagnées d'une personne qui leur fournissait un soutien professionnel continu avaient moins de chances d'avoir recours à des analgésiques pharmaceutiques et de subir une épisiotomie, et éprouvaient un plus grand sentiment de contrôle personnel[79, 78]. Une seconde étude effectuée à Toronto a également démontré que les femmes traitées par leur médecin de famille qui jouissaient également du soutien continu d'une sage-femme indépendante avaient moins souvent d'épisiotomie, d'épidurale et de monitorage foetal continu que celles qui étaient traitées uniquement par leur médecin de famille[144].

On n'a pas trouvé d'étude canadienne qui indique qu'un soutien continu ait une influence systématique sur les césariennes. Des études effectuées au Guatemala[158, 98] ont indiqué des effets bénéfiques, et le soutien continu est considéré un facteur clé des taux faibles de césariennes signalés par le National Maternity Hospital de Dublin[128]. Plusieurs rapports anecdotiques confirment qu'il existe un rapport positif entre un soutien individuel et un accouchement vaginal après une césarienne antérieure.

Cependant, des études d'observation des pratiques infirmières dans la région de Toronto indiquent que l'objectif des soins s'est déplacé pour viser des aspects plus techniques de l'accouchement[13, 75, 76, 77, 87]. Des femmes ont indiqué qu'elles avaient eu affaire à un nombre d'infirmières allant de 3 à 14 (6,4 en moyenne) pendant le travail et l'accouchement. Les soins dispensés consistaient généralement en visites intermittentes qui avaient pour raison première de surveiller l'état physique de la mère et du foetus[75, 74].

Ces recherches sur les soins infirmiers indiquent que les infirmières ont besoin de se tenir davantage au courant des dernières informations concernant les politiques et les pratiques d'obstétrique. Le sondage effectué auprès des hôpitaux de l'Ontario (1989/1990) a indiqué que la majorité des infirmières des services d'obstétrique n'avaient pas reçu de préparation spécialisée. Des cours de perfectionnement professionnel après l'obtention du diplôme – à plein temps ou à temps partiel – étaient offerts en 1989 dans cinq collèges communautaires et une université (un dans la région de l'Est, 2 dans le Centre-Est, 3 dans le Centre-Ouest). De nouveaux programmes sont en cours d'élaboration, mais les possibilités d'études sont limitées par la distance et l'emploi du temps. Des systèmes d'éducation à distance sont nécessaires, surtout pour les infirmières qui se trouvent dans les régions éloignées et dans les régions qui ne sont pas desservies par les programmes existants.

Il faut évaluer les effets des programmes de perfectionnement professionnel sur les soins aux patients. Ce sont des programmes d'éducation à l'intention des infirmières qui combineraient les informations nouvelles, les répercussions sur la pratique et les nouvelles politiques sur les soins cliniques qui pourraient avoir le plus d'effet, mais ceci a également besoin d'être évalué.

Information des consommateurs

Il faut dispenser des informations objectives sur la fréquence des césariennes, les risques et les avantages des AVAC et les autres aspects des soins associés au travail, si l'on veut que les femmes participent de façon informée aux décisions les concernant. Les recherches dans ce domaine sont limitées[97, 118, 153], mais les résultats confirment l'importance de l'information. Les données sur les risques et les avantages, la mortalité et la morbidité peuvent être utiles mais elles resteront limitées tant qu'elles ne seront pas interprétées dans le contexte des convictions et de l'expérience personnelles. Un travail antérieur difficile ou une césarienne antérieure et les idées personnelles sur la reproduction peuvent influencer la façon dont les faits sont interprétés ou utilisés.

Les études de Kirk[97] et de Shepherd-McClain[153] ont indiqué que le soutien du (de la) pourvoyeur(euse) de soins était important. Il était essentiel d'établir de bons rapports de communication avec les femmes pour être sûr qu'elles étaient objectivement et pleinement informées relativement à l'AVAC. Duff et al[38] déclarent que «informées correctement par des médecins qui ont une attitude positive vis-à-vis de l'AVAC, quasiment toutes les patientes consentiront à tenter l'épreuve du travail.»

«Cette question des rapports de communication devient préoccupante si on la compare à la conclusion du rapport Prichard[141]. Les auteurs ont trouvé que, bien que les médecins aient estimé que la communication entre médecin et patiente était extrêmement importante, particulièrement en ce qui concerne le consentement informé, les médecins ne savaient pas bien de quelle façon établir et entretenir le contact. Des sondages effectués auprès de trois groupes de spécialistes (médecins de famille, obstétriciens et anesthésistes) ont indiqué que, bien que les médecins aient augmenté la documentation écrite et le temps passé à communiquer avec les patientes sur les risques et les avantages associés aux traitements, la raison la plus souvent invoquée pour ce faire était la crainte des poursuites judiciaires et non un désir d'améliorer le niveau des soins. De même, la plupart des médecins interrogés (60 % des médecins de famille, 79 % des anesthésistes, 78 % des obstétriciens) estimaient que les patientes n'étaient habituellement pas capables de comprendre les risques et les avantages associés aux soins médicaux.

Les groupes de préparation à l'accouchement sont également des sources d'information sur les soins associés à la maternité, y compris l'AVAC. Le nombre et la variété des cours prénatals varient suivant les régions, certaines communautés ayant des cours spéciaux sur le choix entre césarienne et AVAC.

Dans le passé, les conseils de santé ont dispensé des cours de préparation à l'accouchement, mais ces programmes risquent d'être réduits puisqu'ils ne sont pas inclus dans les directives relatives aux programmes et aux services de santé obligatoires[113].

La distribution au public de renseignements sur la césarienne est un autre moyen d'informer les femmes et les familles, et de modifier les taux actuels de césariennes. Un rapport intéressant en provenance d'une région de Suisse[36] a montré les effets d'une campagne effectuée dans les médias sur les taux et les indications d'hystérectomie. À compter de deux mois après le début de la campagne et pendant l'année qui a suivi, les taux d'hystérectomie ont diminué de plus d'un quart.

La diffusion dans le public des taux de césariennes des hôpitaux a été recommandée à la fois par les spécialistes[59, 173] et par les consommateurs comme stratégie de réduction du nombre des césariennes[159]. En 1989, un groupe de défense des consommateurs aux États-Unis a publié les nombres spécifiques de césariennes pratiquées dans les hôpitaux de 30 états, en accordant une attention spéciale aux hôpitaux dont les taux dépassaient 35 %. De même, le Public Citizen Health Research Group a fait fortement pression auprès des autorités pour qu'une loi soit adoptée exigeant un rapport public sur les pratiques relatives aux césariennes et aux accouchements. À la suite des pressions exercées par les groupes de consommateurs, une loi requiert maintenant que les hôpitaux et les cliniques de maternité remettent à chaque femme inscrite pour accoucher dans leur établissement une brochure d'information où figurent les taux de césariennes. Des documents à l'intention du public sur les options possibles en matière d'accouchement ont également été publiés par des groupes comme l'Association internationale d'éducation périnatale, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et l'association VBAC de l'Ontario. Ces documents n'ont peut-être pas une très grande circulation, cependant, et les femmes risquent de continuer à ignorer les problèmes posés par les césariennes.

Les groupes de consommateurs et les sociétés professionnelles ne reçoivent quasiment pas de subventions du gouvernement pour la production et la distribution de matériel pédagogique. Une campagne dans les médias suppose que l'on dispose d'un matériel varié à l'intention d'un vaste auditoire. Une stratégie coordonnée pourrait consister à dispenser une information générale à un vaste auditoire pour commencer, tout en donnant l'occasion aux personnes et aux organismes appropriés d'obtenir des renseignements plus détaillés.

Programmes hospitaliers

On a signalé un certain nombre de programmes hospitaliers visant spécifiquement à réduire les taux de césariennes. Porreco[138] présente en détail un programme éducationnel étalé sur cinq ans à l'intention des médecins, des infirmières et des groupes intéressés. Le programme comprenait un certain nombre de présentations (30 au maximum) à chaque groupe au cours de la période étudiée. Le programme ne semble pas avoir réussi, le nombre des césariennes dans la collectivité s'étant en fait accru au cours des cinq ans. Les taux les plus faibles ont été atteints dans des hôpitaux d'enseignement qui comptaient des internes à plein temps au nombre de leur personnel, et dans un vaste établissement d'entretien de la santé avec des médecins de garde 24 heures par jour.

Myers et Gleicher[119] ont décrit un programme d'hôpital d'enseignement qui comprenait une seconde opinion obligatoire, des critères objectifs d'indications spécifiques et un contrôle des collègues. Le programme a réussi à faire tomber le taux de césariennes de l'hôpital de 17,5 % à 11,5 % pendant ses deux premières années de fonctionnement.

En 1987, le University Medical Centre of Jacksonville, en Floride, a amorcé un programme de contrôle de la qualité à l'échelle du service pour réduire son taux de césariennes. Le taux de césariennes de ce vaste hôpital d'enseignement (environ 4 500 accouchements par an) est passé de 28 % en 1986 à 11 % en 1989, et 8,6 % pendant les six premiers mois de 1990. La réduction s'est effectuée sans augmentation des problèmes néonatals.

La composante AVAC de ce programme comprenait l'introduction de nouvelles directives sur les soins à prodiguer aux femmes qui accouchaient de nouveau après une césarienne antérieure, des informations aux femmes qui avaient déjà eu une césarienne sur les avantages de l'AVAC, et l'arrêt de l'offre systématique d'une nouvelle césarienne aux femmes qui étaient capables d'avoir un accouchement vaginal. Le nombre des césariennes subséquentes est tombé de 8 % en 1986 à 3,3 % en 1989. La proportion des femmes qui ont reçu un soutien pendant le travail après une césarienne antérieure est passé de 32 % à 84 % pendant la même période, avec accouchement vaginal dans 83 % des cas[148].

Le nombre des césariennes primaires de l'University Medical Centre est tombé de 19,5 % à 7,2 % après l'adoption de nouvelles directives sur le diagnostic et la gestion de la dystocie, de la souffrance foetale et de l'accouchement des sièges. Le programme comprenait également un contrôle hebdomadaire de chaque césarienne par les internes du service et les médecins de la faculté.

Les chercheurs de l'Ontario qui ont étudié les effets de la déclaration d'accord général examinent actuellement les répercussions de deux stratégies, distribuées au hasard, de réduction du nombre des césariennes volontaires subséquentes. La première stratégie consiste à choisir une personne dans un hôpital – quelqu'un qui a de l'influence – pour l'inviter à assister à un atelier qui présente des preuves à l'appui des directives et, de retour à l'hôpital, d'y effectuer les changements. La seconde stratégie est un processus de contrôle médical au niveau du service. Les résultats indiquent des changements plus importants et plus durables dans les hôpitaux qui utilisent la première stratégie[68].

Un programme pilote de sensibilisation à l'AVAC a été introduit à l'hôpital Foothills en Alberta, et une demande de subvention a été soumise au ministère de la Santé de l'Alberta pour des programmes similaires dans les hôpitaux spécialisés les plus importants d'Edmonton et de Calgary. Le programme de sensibilisation, élaboré par le programme d'éducation périnatale du Sud de l'Alberta, comprend la production d'une brochure à l'intention des médecins, des entrevues

avec les médecins à la suite d'un AVAC ou d'une césarienne, des entrevues avec les patientes, un contrôle avec communication des résultats aux médecins et l'élaboration d'un programme d'éducation des patientes[2].

Les publications semblent suggérer que les programmes hospitaliers les plus réussis sont dispensés dans de grands hôpitaux d'enseignement et incorporent plusieurs stratégies pour provoquer le changement de comportement. Les hôpitaux d'enseignement ont des internes de garde et une structure de prise de décisions plus centralisée, ce qui peut en partie expliquer que leurs programmes de contrôle de la qualité réussissent à faire baisser les taux de césariennes.

Bien que cela semble indiquer que les hôpitaux communautaires auront peut-être plus de difficultés à limiter la pratique des césariennes, il se peut aussi que les publications indiquent surtout que davantage de recherches ont été faites dans les hôpitaux d'enseignement. L'étude effectuée en Ontario sur l'impact de la déclaration d'accord général a été menée dans les hôpitaux communautaires, et tous les participants ont été en mesure de mettre en oeuvre des programmes visant à réduire les accouchements par césarienne.

Chapitre 8

Recommandations

On trouvera dans ce chapitre la liste des activités recommandées par le comité pour améliorer la pratique clinique et atteindre les objectifs fixés, à savoir réduire le nombre des césariennes et augmenter le nombre des accouchements spontanés. Les recommandations ont une large portée et prennent en compte les divers facteurs d'influence sur la pratique de la césarienne présentés dans les chapitres précédents.

Mise à jour des directives sur la pratique

À la Société des obstétriciens et gynécologues :
Le comité recommande que les directives sur la pratique des césariennes publiées en 1986[25] soient mises à jour.

Les directives étaient l'aboutissement de la conférence d'accord général sur différents aspects de la césarienne réunie en octobre 1985. La Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada a approuvé sans réserve la déclaration finale. À titre d'organisation nationale des spécialistes en obstétrique, le comité demande à la SOGC d'examiner les faits nouveaux et de modifier la déclaration en fonction des informations dont on dispose actuellement sur ce qui constitue les soins les plus efficaces. Le comité recommande les révisions suivantes :

1 Désignation des structures hospitalières appropriées
Le comité recommande que la description des structures hospitalières soit amendée pour stipuler que tous les services d'obstétrique qui disposent des structures nécessaires pour pratiquer des césariennes d'urgence peuvent s'occuper sans danger, et sans avoir besoin d'augmenter leurs ressources, des femmes qui optent pour le travail après une césarienne antérieure.

2 Travail après plus d'une césarienne par incision transversale au niveau du segment inférieur
L'analyse des informations sur l'option du travail après plus d'une césarienne antérieure semble encourageante. À la lumière des données très positives dont on dispose, le comité recommande que le choix du travail et de l'accouchement vaginal après plus d'une césarienne antérieure soit le résultat d'une décision conjointe de la femme et de la personne qui s'occupe d'elle.

3 Consultation/Notification
Le comité recommande que les directives soient révisées de façon à ne plus exiger des principaux pourvoyeurs de soins qu'ils aient une consultation avec un(e) spécialiste ou qu'ils le (la) notifient de la situation lorsqu'il existe des documents indiquant qu'il y a eu césarienne par incision transversale au niveau du segment inférieur et que la femme ne présente pas de risque identifiable. Les principaux pourvoyeurs de soins doivent s'assurer que les ressources nécessaires pour le travail et l'accouchement sont en place comme pour les accouchements ordinaires.

1 Version céphalique externe pour les présentations du siège
Le comité recommande que les directives invitent les praticiens à envisage d'effectuer une version céphalique par manoeuvres externes à terme, compte tenu de son efficacité démontrée pour transformer les présentations du siège en présentations du sommet et réduire, par là même, le risque de césarienne.

Responsabilité de la mise à jour continue des directives

À la Société des obstétriciens et gynécologues :
Le comité recommande que la SOGC détermine quelles ressources sont nécessaires pour effectuer une mise à

jour régulière des directives et collabore avec les ministères gouvernementaux appropriés ou avec les organismes de réglementation pour veiller à ce que ces directives restent à jour et valides.

Le comité sur l'accouchement par césarienne a examiné les publications récentes dans le but de faire des recommandations sur les secteurs de la déclaration d'accord général qui ont besoin d'être mis à jour. Les organisations de spécialistes constituent une ressource logique pour ce type d'activité, mais peu d'entre elles disposent sur place du personnel ou des connaissances nécessaires pour effectuer une évaluation critique.

Adoption de nouvelles normes de soins

Le comité recommande que l'entrée en travail après une césarienne antérieure soit la norme pour les femmes qui ne présentent pas de risque identifiable.

Pour préciser quelque peu cette vaste recommandation, le comité a élaboré une série de recommandations plus spécifiques à l'intention des groupes professionnels et des praticiens individuels.

À l'Association des médecins de l'Ontario :

1 Le comité recommande que le Dossier prénatal de l'Ontario (voir l'Annexe VIII) soit révisé de façon à placer dans une catégorie différente, soit «pas de risque identifiable», les femmes en bonne santé dont le dossier indique qu'elles ont subi une césarienne par incision transversale basse (catégorie A sur le dossier). Le comité insiste pour que ce changement ait lieu de façon à établir une distinction entre l'incision transversale au niveau du segment inférieur et les autres formes de chirurgie utérine, lors de la considération du niveau de risque.

Le comité recommande également que les expressions «pas de risque identifiable», «risque modéré» et «risque élevé» remplacent les désignations actuelles de «Catégorie A», «Catégorie B» et «Catégorie C» pour indiquer le niveau de risque. Les catégories actuelles ont une connotation de mérite ou de performance, et donnent l'impression que l'on porte un jugement.

Le comité recommande que le travail et l'accouchement vaginal après une césarienne soient ajoutés à la liste des sujets de discussion à la page 1 du Dossier prénatal.

À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Association des médecins de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario :

2 Le comité recommande que ces groupes communiquent conjointement à tous les hôpitaux qui disposent de services d'obstétrique un protocole modèle pour le traitement des femmes sans risque identifiable qui choisissent d'entrer en travail après une césarienne antérieure par incision transversale basse. Le protocole devra aussi être communiqué à tout établissement d'accouchement agréé à l'extérieur des hôpitaux.

Les éléments de traitement suivants devront être inclus au protocole :

- compagnon(s) ou compagne(s) choisis par la patiente;
- admission à l'hôpital en phase active de travail;
- déambulation;
- hydratation orale;
- analyse de sang et groupe sanguin avec disponibilité des produits sanguins habituels;
- rapport infirmière-patiente habituel (le rapport recommandé est d'une infirmière par patiente lors de la phase active du travail);
- protocole relatif à l'ocytocine conforme aux directives de la SOGC (se reporter à l'Annexe IX).

Les éléments suivants ne font pas obligatoirement partie des soins des femmes en travail avec une césarienne antérieure par incision transversale basse.

- monitorage électronique continu;
- sonde de Foley in situ;
- étude systématique des compatibilités sanguines;
- examen systématique de la cicatrice antérieure après l'accouchement;
- présence sur les lieux de l'anesthésiste, de l'obstétricien(ne), du (de la) chirurgien(ne) et du (de la) pédiatre (néonatologiste) pendant toute la durée du travail ou présence continue du (de la) principal(e) pourvoyeur(euse) de soins pendant toute la durée du travail;
- mise en place d'une perfusion intraveineuse.

À tous les organismes professionnels, au ministère de la Santé et aux groupes d'information sur l'accouchement :

3 Le comité recommande que le langage utilisé dans les discussions et dans les documents écrits pour décrire les différents aspects de l'accouchement par césarienne soit modifié dans un sens positif. Certains des termes utilisés ont une connotation négative et donnent l'impression que l'on passe un jugement de valeur sur la femme en cause. Les exemples et les recommandations comprennent ce qui suit :

- remplacer «épreuve de travail» par «travail»;
- remplacer «échec du travail» par «travail non progressif»;
- abandonner l'expression «accouchement vaginal réussi après une césarienne»; il y a accouchement vaginal ou césarienne, et cela ne suppose aucun jugement de valeur;
- remplacer «candidate» à l'accouchement vaginal après une césarienne par «femme qui prévoit d'avoir un accouchement vaginal».

Prévention et traitment de la dystocie

Au comité périnatal (ou équivalent) de chaque hôpital :

Le comité recommande que des changements soient apportés aux soins dispensés aux femmes en travail qui ne présentent pas de risque identifiable pour réduire les incidences de dystocie et, par là même, la fréquence des césariennes.

1 Politiques relatives aux soins pendant le travail

Le comité recommande l'adoption de politiques en rapport avec les meilleures preuves dont on dispose sur les facteurs qui ont une influence sur la progression du travail et les taux de césariennes (voir chapitres 3 et 4). Les politiques devraient prévoir ce qui suit :

- admission aux salles de travail et d'accouchement seulement une fois établie la phase active du travail;
- auscultation régulière périodique[1] de la fréquence cardiaque du foetus de préférence au monitorage électronique continu;
- présence des compagnes ou des compagnons choisis par la femme

[1] L'American College of Obstetricians and Gynaecologists déclare dans sa circulaire de novembre 1988 que, pour les patients à risque faible en travail, il n'existe pas de données indiquant les intervalles de temps optimaux. La pratique standard consiste à évaluer la fréquence cardiaque foetale au moins toutes les 30 minutes après une contraction lors de la phase active de la première étape du travail et au moins toutes les 15 minutes pendant la deuxième étape du travail.

pour lui apporter un soutien pendant le travail et l'accouchement;
- un(e) pourvoyeur(euse) de soins pour chaque femme en période active de travail. Les compagnons de soutien ne remplacent pas la présence d'un(e) pourvoyeur(euse) de soins compétent(e) pendant le travail.

2 Déclenchement du travail

Le déclenchement du travail apparaissant fréquemment en association avec la dystocie, le comité recommande ce qui suit :

a) que le travail ne soit déclenché que s'il y a une indication médicale claire;

b) que la rupture prématurée des membranes à terme sans preuve d'infection commence par faire simplement l'objet de surveillance. Le déclenchement prématuré du travail semble souvent être à l'origine des césariennes et de la morbidité infectieuse[96];

c) qu'une cotation de Bishop favorable soit une condition obligatoire du déclenchement du travail;

d) qu'en l'absence d'une cotation favorable, avec indication médicale claire de déclenchement, on procède à une préparation cervicale avec un produit vaginal à base de prostaglandine (voir Annexe X).

3 Augmentation du travail

Le comité recommande qu'en cas de diagnostic de dystocie, une amniotomie soit pratiquée (lorsque les membranes sont intactes) dans le cadre de l'évaluation générale de l'état de la mère et du foetus, et qu'en l'absence de contre-indication obstétrique, il y ait administration d'ocytocine pour augmenter le travail. Le protocole de la SOGC pour l'administration de l'ocytocine est recommandé (voir Annexe IX). Dans la plupart des cas, la césarienne n'est pas le premier choix de traitement.

Au comité de l'AMO sur les soins associés à la reproduction et à la section de l'AMO sur l'obstétrique et la gynécologie :

1 Utilisation d'un partographe

Les preuves indiquant que la dystocie (qui donne souvent lieu à une césarienne) est souvent diagnostiquée pendant la phase latente du travail, le comité recommande que soit institué un Dossier d'accouchement de l'Ontario qui comprenne un partographe pour normaliser le diagnostic de dystocie. On en trouvera des exemples à l'Annexe XI. Fraser[56] a recommandé le partographe élaboré par Philpott[136] pour faciliter les prises de décisions cliniques. Le partographe comporte des lignes d'alerte et d'action pour aider les professionnels de la santé dans la détection et le diagnostic du travail non progressif.

Modification des facteurs non médicaux pour encourager l'adoption des directives

Crainte des poursuites judiciaires

À l'Association canadienne de protection médicale :

Le comité approuve les réformes importantes de l'assurance de la responsabilité civile recommandées par le rapport Prichard et, en particulier, la mise en oeuvre d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité qui pourrait réduire de façon notable les craintes de poursuites judiciaires en cas de résultat d'accouchement négatif.

Le comité reconnaît l'influence de l'Association canadienne de protection médicale sur les actions et les perceptions des médecins relativement à l'innocuité de certaines activités. Le comité recommande donc que soit révisée la déclaration de 1989 relative au travail après une césarienne. Les médecins doivent être encouragés et soutenus dans l'idée que l'AVAC constitue la norme de la pratique. La déclaration doit être mise à jour conformément aux révisions apportées aux directives par la SOGC.

Planification des ressources humaines

Au ministère de la Santé :

1 Le comité accorde son soutien aux initiatives qui visent à améliorer les soins prodigués aux femmes pendant le travail et l'accouchement :
- normes infirmières et organisation du personnel de façon à dispenser des soins individuels;
- introduction de sages-femmes comme principales pourvoyeuses de soins pour les femmes qui ne présentent pas de risque identifiable;
- augmentation des occasions offertes aux internes en médecine familiale de pratiquer l'obstétrique.

2 Le comité recommande que soit effectuée une étude à l'échelle de la province des ressources associées aux besoins des jeunes mères et des nouveau-nés, qui comprenne une estimation du nombre des spécialistes nécessaires pour les services primaires et de consultation, les disponibilités actuelles et les stratégies proposées pour répondre aux besoins. Cette étude devra s'attacher tout particulièrement à la dotation en personnel des petits hôpitaux.

Rémunération des médecins

Au comité sur les barèmes de l'AMO et au ministère de la Santé :

Le comité recommande que des modifications soient apportées au barème des honoraires de façon à rendre les pratiques conformes aux directives professionnelles.

Le comité reconnaît que, lorsque les femmes qui ont déjà eu une césarienne choisissent d'entrer en travail plutôt que de subir une nouvelle intervention, le processus prend davantage de temps et perturbe l'emploi du temps des médecins. Les recommandations spécifiques suivantes ont pour objet de supprimer tout avantage financier associé à la décision de pratiquer systématiquement une nouvelle césarienne.

a) associer une prime à l'option pour le travail et l'accouchement vaginal après une césarienne par comparaison avec l'honoraire associé à la césarienne;

b) égaliser les honoraires associés à une nouvelle césarienne volontaire, et au travail et à l'accouchement vaginal;

c) accroître les honoraires associés à une césarienne d'urgence par rapport à une nouvelle césarienne planifiée;

d) accorder des honoraires pour le déclenchement ou l'augmentation du travail, même lorsque l'on finit par pratiquer une césarienne.

Besoins d'information du public et du personnel spécialisé

1 Information du public

Il faut communiquer aux femmes et à leur famille des informations à jour sur les accouchements par césarienne et sur les stratégies qui permettent d'en réduire le nombre. Pour que le public soit bien informé, il est essentiel que les femmes et les groupes intéressés par l'accouchement, les pourvoyeurs de soins de santé et les établissements travaillent ensemble.

À l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à tous les hôpitaux :

a) Le comité recommande que les hôpitaux invitent des consommateurs à faire partie des comités périnataux (ou équivalents)

chargés du contrôle de la planification des services d'accouchement.

Au ministère de la Santé :

b) Le comité reconnaît l'importance des programmes de formation prénatale pour l'information du public et recommande que les cours prénatals comprennent des renseignements à jour sur la césarienne et l'AVAC. Le comité est particulièrement préoccupé par les réductions possibles des programmes de formation prénatale dispensés par les bureaux de santé parce que, à compter de janvier 1991, ils ne sont plus couverts par les directives sur les programmes et les services de santé obligatoires[114].

Le comité recommande que :

- Les bureaux de santé reçoivent des subventions complètes pour la prestation de programmes prénatals.
- Les programmes soient dispensés par des infirmières hygiénistes en collaboration avec des membres du personnel hospitalier, des sages-femmes et autres éducateurs communautaires sur l'accouchement. De cette façon, la préparation à l'accouchement sera intégrée aux autres programmes sur les soins préalables à la conception et sur l'art d'être parent.
- Les responsables des programmes envisagent tout particulièrement de créer des cours à l'intention des femmes qui ont déjà accouché par césarienne.

c) Afin que les programmes prénatals soient régis par des normes élevées, *le comité recommande* qu'un groupe soit créé, constitué de représentants des services périnataux des hôpitaux, des bureaux de santé, des groupes de consommateurs et des associations professionnelles pertinentes, et chargé d'élaborer les normes et le programme des cours de formation prénatale.

En outre, *le comité recommande* que ce groupe de planification envisage la production de matériel écrit et audio-visuel facile à comprendre et bien rédigé sur différents aspects du travail et de l'accouchement, y compris la césarienne et l'AVAC, lequel pourra être utilisé par les hôpitaux, les groupes de consommateurs, les bibliothèques publiques, les médias et les programmes scolaires sur la vie de famille.

Aux bureaux de santé régionaux :

d) *Le comité recommande* que les mères qui ont subi une césarienne reçoivent la visite, à l'hôpital ou chez elles, d'infirmières hygiénistes qui leur donneront des informations sur l'AVAC pour leurs accouchements subséquents.

2 **Formation professionnelle**

Il faut ajouter des suppléments spécifiques aux programmes d'éducation sur l'obstétrique et les césariennes.

Aux responsables des programmes d'éducation qui préparent les pourvoyeurs des soins d'obstétrique :

Le comité recommande que :

a) Les programmes d'études fondamentaux à l'intention des médecins, des infirmières et (à l'avenir) des sages-femmes
- insistent sur les aspects normaux du travail et de l'accouchement;
- veillent à ce que l'enseignement présente le travail et l'accouchement vaginal après une césarienne comme la norme de traitement;
- comprennent une explication de la façon d'utiliser un partographe pour suivre le travail;
- comprennent l'apprentissage de la communication interpersonnelle comme une aptitude d'importance fondamentale.

b) L'on enseigne aux médecins de famille, aux sages-femmes et aux obstétriciens comment pratiquer une version céphalique par manoeuvres externes;

c) Les programmes d'internat en obstétrique donnent davantage l'occasion aux internes de s'initier aux accouchements vaginaux en cas de présentation par le siège;

d) Des programmes spécifiques de perfectionnement professionnel sur le travail et l'accouchement soient dispensés aux infirmières. Ces programmes devraient comprendre des instructions sur les soins de soutien à prodiguer aux femmes en travail, y compris l'attention verbale et non verbale, le toucher et la relaxation. Les infirmières doivent être encouragées par les hôpitaux à obtenir des diplômes en soins d'obstétrique (comme celui qui est offert par la Nurses' Association of the American College of Obstetrics and Gynaecology, NAACOG).

Le comité recommande que l'on cherche tout particulièrement à développer les possibilités d'apprentissage à distance dans les régions du Nord.

Vérification des hôpitaux avec rapport aux praticiens

Au ministère de la Santé, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à tous les hôpitaux :

Le comité recommande qu'un mécanisme de vérification avec rapport aux praticiens soit établi dans chaque hôpital. À cette fin :

1 Chaque hôpital qui dispose d'un service d'obstétrique devra se doter d'un comité périnatal (ou équivalent). Le comité devra comprendre des représentants du personnel médical et infirmier et des autres pourvoyeurs de soins locaux, ainsi que des consommateurs et du public. Le comité devra rendre compte des politiques relatives aux services d'obstétrique et de la qualité des soins au conseil d'administration de l'hôpital, par l'intermédiaire de son comité consultatif médical/professionnel.

2 Chaque comité périnatal devra procéder à une vérification de façon à communiquer ce qui suit au conseil d'administration de l'hôpital :
- le nombre total d'accouchements par césarienne, avec l'aide de manoeuvres instrumentales, et spontanés;
- les raisons des césariennes primaires;
- le nombre de nouvelles césariennes pratiquées après une césarienne antérieure;
- le nombre d'accouchements vaginaux à la suite d'une césarienne;

et communiquer à l'obstétricien(ne) en chef et aux praticiens individuels les nombres des césariennes pratiquées par chacun(e).

3 Le ministère de la Santé devra distribuer aux hôpitaux un instrument de vérification standardisé.

On trouvera à l'Annexe XII un modèle d'instrument de vérification qui peut être utilisé avec ou sans ordinateur. L'instrument permettrait au comité périnatal de recueillir des informations sur les indications de césariennes et les résultats pour les mères et pour les enfants.

Ces données permettraient au comité périnatal de recommander des changements de politique et de pratique au sein du service d'obstétrique. L'obstétricien(ne) chef pourrait alors identifier les médecins particuliers qui ne respectent pas les directives, lesquels en seraient avisés directement.

1 Les hôpitaux devraient mettre les informations sur les taux d'accouchements par césarienne (et autres pratiques de gynécologie-obstétrique) à la disposition du personnel professionnel régional/communautaire et des groupes de consommateurs. On recommande de publier ces informations régulièrement, p. ex. tous les trois ans.

À l'Association des hôpitaux du Canada :

5 Le comité recommande que les critères d'agrément des hôpitaux comprennent une condition relative à la création d'un comité périnatal et aux vérifications régulières des pratiques de gynécologie-obstétrique.

Suivi des résultats du contrôle

Le comité a examiné avec soin la possibilité d'élaboration d'un plan qui permettrait de faire rapport sur les résultats de la vérification des césariennes, mais il s'est rendu compte qu'il n'existait pas d'organisme permanent qui ait les connaissances voulues en soins périnataux et la capacité d'examiner de façon continue les résultats des vérifications. Cependant, le comité consultatif provincial sur les soins périnatals, présidé par le (la) coordonnateur(trice) des soins périnataux du ministère de la Santé, est un groupe actuellement en activité dont les compétences sont étendues et qui peut fournir un certain soutien aux activités de vérification. Le comité consultatif connaît bien les ressources provinciales et se trouve dans une excellente position pour venir en aide à un hôpital local, le cas échéant.

Au comité consultatif provincial sur les soins périnatals :

1 Le comité recommande :

- que l'on procède à un suivi des données annuelles du HMRI sur les taux de césariennes dans les hôpitaux de l'Ontario;
- que l'on demande à certains hôpitaux sélectionnés de soumettre leurs résultats de vérification les plus récents ainsi que leurs objectifs et leurs plans pour parvenir à un taux de césariennes approprié;
- que l'on fournisse des services de consultation à ces hôpitaux si nécessaire;
- que l'on procède à un contrôle des résultats des plans des hôpitaux pour réduire les taux de césariennes.

Au ministère de la Santé et aux organismes professionnels de réglementation :

2 À long terme, le comité recommande que l'on examine quelles sont les structures organisationnelles les plus aptes à assurer le suivi des données et l'élaboration de programmes visant à améliorer les soins à long terme.

Au ministère de la Santé :

3 Le comité recommande que l'on recherche les meilleures façons de recueillir des données sur les césariennes (et autres pratiques de gynécologie-obstétrique), y compris une base de données informatisées. Des instruments de vérification individuels pour différentes séries de pratiques seraient trop encombrants et prendraient trop de temps. Une base de données périnatales informatisées en direct pourrait fournir des renseignements sur une gamme de pratiques et faire l'objet d'une révision à intervalles réguliers à des fins locales, régionales ou provinciales. Une étude de faisabilité dans une région donnée pourrait constituer un premier pas utile.

Conférence provinciale sur l'accouchement par césarienne

Au ministère de la Santé :

Le comité recommande que le Ministère subventionne une conférence qui porterait essentiellement sur les stratégies utilisées dans divers types d'établissements qui ont réussi à réduire le nombre des césariennes. Des experts d'Amérique du Nord y seraient invités à présenter les programmes de réduction des taux de césariennes et leurs résultats.

Chaque hôpital serait invité à désigner une équipe de trois membres au minimum (y compris un(e) représentant(e) des consommateurs) qui aurait la responsabilité continue des activités de vérification, d'information, etc., au palier local. L'équipe serait invitée gratuitement à la conférence. Les ateliers porteraient sur les différentes façons de procéder et on veillerait à ce que les équipes soient bien informées sur les questions en rapport avec la césarienne.

Recherche

Au ministère de la Santé :

Le comité recommande que :

a) Le programme de recherche et développement sur la santé accorde une priorité élevée aux propositions concernant l'accouchement par césarienne au cours des deux prochaines années.

b) La Direction de la promotion de la santé définisse la prévention de la césarienne comme une stratégie de promotion de la santé et encourage les propositions qui incluent la participation de la collectivité et l'information du public.

Références

Références

1. Akoury, Hani A., Brodie, Glen, Caddick, Robert, McLaughin, Victor D. et Pugh, Paul A. Active management of labor and operative delivery in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1988), 158(2): 255-258.
2. Ministère de la Santé de l'Alberta. Communication personelle, juillet 1990.
3. American College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines for vaginal delivery after cesarean birth. *American College of Obstetricians and Gynaecologists Committee Opinion.* (1988), 64.
4. American College of Obstetricians and Gynaecologists. *Newsletter.* (1988), 32(11): 4-5.
5. Anderson, G. et Lomas, J. Determinants of the increasing cesarean birth rate: Ontario data 1979-1982. *New England Journal of Medicine.* (1984), 311(14): 887-892.
6. Anderson, G.M. et Lomas, J. Explaining variations in cesarean section rates: patients, facilities or policies? *Canadian Medical Association Journal.* (1985), 132 : 253-259.
7. Anderson, G.M. et Lomas, J. Recent trends in cesarean section rates in Ontario. *Canadian Medical Association Journal.* (1989), 141 : 1049-1053.
8. Arulkumaran, S., Ingemarsson, I. et Ratnam, S. Oxytocin augmentation in dysfunctional labour after previous caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* (1989), 96 : 939-941.
9. Benedetti, T.J., Platt, L. et Druzin, M. Vaginal delivery after previous cesarean section for a nonrecurrent cause. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1982), 142(3): 358-359.
10. Berkowitz, G., Fiarman, G., Mojica, M., Bauman, J. et Haynes de Regt, R. Effect of physician characteristics on the cesarean birth rate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1989), 161 : 146-149.
11. Berwick, Donald M. Sounding Board – Continuous improvement as an ideal in health care. *The New England Journal of Medicine.* (1989), 320(1): 53-56.
12. Brady, K. et Read, J.A. Vaginal delivery of twins after previous cesarean section. *New England Journal of Medicine.* (1988), 319(2): 118-119.
13. Butani, P. et Hodnett, E. Mothers' perceptions of their labor experiences. *Maternal Child Nursing Journal.* (1980), 9(2): 73-82.
14. L'Association canadienne de protection médicale – Obstetrics: vaginal birth after cesarean section (VBAC). *Information Letter.* (1989), 4(2): 1-2.
15. Carpenter, M., Soule, D., Yates, W. et Meeker, C. Practice environment is associated with obstetric decision making regarding abnormal labor. *Obstetrics and Gynecology.* (1987), 70 : 657-662.
16. Cesarean Birth Association of Montreal. *Cesarean Birth: presenting the options to parents. A manual for health care workers.* 1-23.
17. Chalmers, I., Enkin, M. et Keirse, M. Effective care in pregnancy and childbirth: summary and conclusions. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* (1989), Chalmers, Enkin, et Keirse (Eds.). Vol. 2. London: Oxford University Press.
18. Chance, G.W. et Campbell, M.K. Staffing for obstetrics in small Ontario hospitals: implications for paediatricians. Présenté lors de l'assemblée annuelle du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Toronto, 14-17 septembre 1990.
19. Chattopadhyay, K., Sengupta, B.S., Edress, Y.B. et Lambourne, A. Vaginal birth after cesarean section: management debate. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* (1988), 26 : 189-196.
20. Chazotte, C., Madden, R. et Cohen, W.R. Labor patterns in women with previous cesareans. *Obstetrics and Gynecology.* (1990), 75(3:1): 350-355.
21. Chazotte, C. et Cohen, W.R. Catastrophic complications of previous cesarean section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1990), 163(3): 738-742.
22. Chervenak, F. et McCullough, L. Clinical guides to preventing ethical conflicts between pregnant women and their physicians. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1990), 162(2): 303-307.
23. Clemenhagen, C., Champagne, F., Contandriopolous, A. et Pineault, R. Hospital-based quality assurance: a starting point for physicians and managers. *Association des hôpitaux du Canada, Ottawa.* (1987).
24. College of Physicians and Surgeons of Ontario. The issue is: quality assurance. *Members Dialogue.* (1990), 3 : 2-4.
25. Consensus Conference Report. Indications for cesarean section: final statement of the panel of the national consensus conference on aspects of cesarean birth. *Canadian Medical Association Journal.* (1986), 134 : 1348-1352.
26. Cragin, E. Conservatism in Obstetrics. *New York State Journal of Medicine.* (1916), 104:1.
27. CSIP. Cesarean section consensus statement implementation project. (Projet de mise en oeuvre de la déclaration d'accord général sur l'accouchement par césarienne). Université McMaster, Hamilton, Ontario. (1987).
28. Davey, M.R., Moodley, J. et Hofmeyr, G.J. Labour after caesarean section – the problem of scar dehiscence. *South Africa Medical Journal.* (1987), 71 : 766-768.
29. Davis, D. (Université McMaster). Communication au comité sur l'accouchement par césarienne sur le perfectionnement professionnel médical. (5 juin 1990).
30. De Jong, P. Trial of labor following cesarean section – a study of 212 patients. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* (1987), 25 : 405-411.
31. De Muylder, X. Vaginal delivery after caesarean section: is it safe in a developing country? *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* (1988), 28 : 99-102.
32. DeMott, R. et Sandmire, H. The Green Bay cesarean section study. The physician factor as a determinant of cesarean section rates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1990), 162 : 1593-1602.
33. Dewhurst, C.J. The ruptured cesarean section scar. *Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1957), 113-118.
34. Dhall, K., Mittal, S.C., Grover, V. et Dhall, G.I. Childbirth following primary cesarean section – evaluation of a scoring system. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* (1987), 25 : 199-205.
35. Dickens, B. *Liability and Compensation in Health Care.* A report to the conference of Deputy Ministers of health of the Federal/Provincial/Territorial review on liability and compensation issues in health care. Volume 2. The effects of liability on health care providers. (1990).
36. Domenighetti, G., Luraschi, P., Casabianca, A., Gutzwiller, F., Spinelli, A., Pedrinis, E. et Repetto, F. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *The Lancet.* (Déc-1988), 1470-1473.
37. Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association.* (1988), 260(12): 1743-1748.
38. Duff, P., Southmayd, K. et Read, J.A. Outcome of trial of labor in patients with a single previous low transverse

cesarean section for dystocia. *Obstetrics and Gynecology.* (1988), 71(3:1): 380-384.
39. Eisenberg, J. *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care.* Health Administration Press, Ann Arbor. (1986), 99-142.
40. Enkin, M., Keirse, M. et Chalmers, I. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* (1989), Oxford University Press: Oxford.
41. Enkin, M. Labour and delivery following previous caesarean section. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* (1989), Oxford University Press: 1196-1212.
42. Enkin, M. Analyse des recherches sur la version céphalique par manoeuvres externes – communication personnelle au comité. (1990).
43. Enkin, M., Gauld, M. et Hannah, W. Presentation au comité sur l'accouchement par césarienne du projet de mise en oeuvre de la déclaration d'accord général. (28 mars 1990).
44. Eriksen, N. et Buttino, L. Vaginal birth after cesarean: a comparison of maternal and neonatal morbidity to elective repeat cesarean section. *American Journal of Perinatology.* (1989), 6(4): 375-379.
45. Evans, M., Richardson, D., Sholl, J. et Johnson, B. Cesarean section: assessment of the convenience factor. *Journal of Reproductive Medicine.* (1984), 29(9): 670-676.
46. Farmakides, G., Duvivier, R., Schulman, H., Schneider, E. et Biordi, J. Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1987), 156(3): 565-566.
47. Finley, B. et Gibbs, C.E. Emergency cesarean delivery in patients undergoing a trial of labor with a transverse lower-segment scar. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1986), 155(5): 936-938.
48. Finnbogason, E.M. et Wiebe, S.D. *Liability and Compensation in Health Care.* A report to the conference of Deputy Ministers of health of the Federal/Provincial/Territorial review on liability and compensation issues in health care. The legal liability on health care providers. (1990).
49. Flamm, B. Vaginal birth after cesarean section: controversies old and new. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* (1985), 28(4): 735-744.
50. Flamm, B., Dunnett, C., Fischermann, E. et Quilligan, E. Vaginal delivery following cesarean section: use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamic and internal fetal monitoring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1984), 148(6): 759-763.
51. Flamm, B. et Goings, J. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstetrics and Gynecology.* (1989), 74: 694-697.
52. Flamm, B., Goings, J., Fuelberth, N., Fischermann, E., Jones, C. et Hersh, E. Oxytocin during labor after previous cesarean delivery: results of a multicenter study. *Obstetrics and Gynecology.* (1987), 70(5): 709-712.
53. Flamm B., Lim O.W., Jones, C., Fallon, D., Newman, L.A. et Mantis, J.K. Vaginal birth after cesarean section: results of a multicenter study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1988), 158(5): 1079-1084.
54. Flamm, B., Newman, L., Thomas, S., Fallon, D. et Yoshida, M. Vaginal birth after cesarean section: results of a five-year multicenter collaborative study. *Obstetrics and Gynecology.* (1990), 76(5): 750-754.
55. Fraser, W. Toward a reduction in the rate of cesarean section for dystocia. Communication écrite au comité sur l'accouchement par césarienne. (30 nov. 1989).
56. Fraser, W. Présentation sur la dystocie. (6 juin 1990).
57. Fraser, W., Usher, R., McLean, F., Bossenberry, C., Thomson, M., Kramer, M., Smith, L. et Power, H. Temporal variation in rates of cesarean section for dystocia. Does 'convenience' play a role? *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (Fév/1987), 300-304.
58. Gilbert, L., Saunders, N. et Sharp, F. The management of multiple pregnancy in women with a lower-segment caesarean scar. Is a repeat caesarean section really the 'safe' option? *British Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1988), 95 : 1312-1316.
59. Gleicher, N. Cesarean section rates in the United States. *Journal of the American Medical Association.* (1984), 252 : 3273-3276.
60. Goldman, L. Changing physicians' behavior (éditorial). *New England Journal of Medicine.* (1990), 322(21) : 1524-1525.
61. Gould, Jeffrey B., Davey, B. et Stafford, R. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *New England Journal of Medicine.* (1989) 324 : 233-239.
62. Goyert, G., Bottoms, S., Treadwell, M. et Nehra, P. The physician factor in cesarean birth rates. *New England Journal of Medicine.* (1989), 320 : 706-709.
63. Gluck, M. L'Association canadienne de protection médicale. Présentation sur les préoccupations médico-légales. (29 mars 1990).
64. Greer, Ann Lennarson. The state of the art versus the state of the science. *International Journal of Technology Assessment in Health Care.* (1988), 4(1): 5-26.
65. Hadley, C.B., Mennuti, M.T., Gabbe, S.G. An evaluation of the relative risks of a trial of labor versus elective repeat cesarean section. *American Journal of Perinatology.* (1986), 3(2): 107-114.
66. Halperin, M.E., Moore, D.C. et Hannah, W.J. Classical versus low-segment transverse incision for preterm caesarean section: maternal complications and outcome of subsequent pregnancies. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* (1988) 95(10): 990-996.
67. Hangsleben, Karin Larson, Taylor, Margaret A. et Lynn, Nancy M. VBAC Program in a nurse-midwifery service – five years of experience. *Journal of Nurse-Midwifery.* (1989), 34(4): 179-184.
68. Hannah, W., Bernstein, A., Gerulatjh, A., Paul, W. et Swales, J. Submission of Working Group of Obstetrics and Gynaecology to the Federal/Provincial/Territorial Review on Liability and Compensation Issues in Health Care. (Sept/1988).
69. Hannah, W. Présentation au comité sur l'accouchement par césarienne sur les résultats du sondage auprès des médecins effectué pour le rapport Prichard. (20 avril 1990).
70. Hansell, R.S., McMurray, K.B., Huey, G.R. Vaginal birth after two or more cesarean sections: a five-year experience. *Birth* (1990), 17(3): 146-151.
71. Harding, P. Variations in rates of cesarean section (éditorial). *Canadian Medical Association Journal.* (1985), 132 : 241-242.
72. Harlass, F.E. et Duff, P. The Duration of labor in primiparas undergoing vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology.* (1990), 75(1): 45-47.
73. Haynes, R., Davis, D., McKibbon, A., Tugwell, P. A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. *Journal of the American Medical Association.* (1984), 251(1): 61-64.
74. Hodnett, E. The environmental load of childbirth settings: development and testing of a measurement tool. *Nursing Papers.* (1987), 19(2): 3-15.
75. Hodnett, E. The effects of person-environment interactions on selected childbirth outcomes of women having home and hospital births. Thèse de doctorat non publiée, université de Toronto. (1983).
76. Hodnett, E. Personal control and the birth environment: comparisons between home and hospital settings. *Journal of Environmental Psychology.* (1989), 9 : 207-216.
77. Hodnett, E. Patient control during labor: effects of two types of fetal monitors. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.* (1982), 11(2): 94-99.
78. Hodnett, E. et Osborn, R.W. A randomized trial of the effects of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. *Birth.* (1989), 16(4): 177-183.
79. Hodnett, E., Osborn, R.W. The effects of continuous supportive professional care on childbirth outcomes. *Research in Nursing and Health.* (1989), 12 : 289-297.
80. Hodosy, J. Présentation au comité sur l'accouchement par césarienne sur la gestion des soins. (3 mai 1990).
81. Hofmeyr, G.J. External cephalic version at term. *Oxford Database of Perinatal Trials (Chalmers, I., éd.).* (1990), Version 1.2, Disk Issue 4, Record No. 3087.
82. Horenstein, J., Eglinton, G., Boucher, M., Tabilramaney, M. et Phelan, J. Oxytocin use during a trial of labor in patients with previous cesarean section. *Journal of Reproductive Medicine.* (1984), 29(1): 26-30.
83. Horenstein, J. et Phelan, J. Previous cesarean section: the risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1985), 151(5): 564-569.
84. Huggins, G. et Rijhsinghani-Bhatia, A. Obstetrics and gynecology. *Journal of the American Medical Association.* (1990), 263(19): 2663-2665.
85. Hunter, D. Guidelines for the use of cervical and vaginal prostaglandins in the induction of labour. *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Journal.* (Mai 1990), 9-11.

86. Hunter, D. et McDonald, H. (université McMaster). Présentation au comité sur l'accouchement par césarienne sur la dystocie. (6 juin 1990).
87. Hutton, E. The relationships among human support during childbirth, use of pharmacological support, and maternal childbirth satisfaction. Thèse de M.Sc.N. non publiée, université de Toronto. (1985).
88. Association internationale d'éducation périnatale. Documents d'information.
89. Jarrell, M.A., Ashmead, G.G. et Mann, L.I. Vaginal delivery after cesarean section: a five-year study. *Obstetrics and Gynecology.* (1985), 65(5): 628-632.
90. Jencks, S. Quality assurance. *Journal of the American Medical Association.* (1990), 263(19): 2679-2680.
91. Johnson, S., Elkins, T., Strong, C. et Phelan, J. Obstetric decision making: responses to patients who request cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology.* (1986), 67 : 847-850.
92. Kanouse, David E. et Jacoby, Itzhak. When does information change practitioners' behavior? *International Journal of Technology Assessment in Health Care.* (1988), 1(4): 27-33.
93. Kazandjian, V. et Summer, S. Evaluating the appropriateness of care: a study of cesarean section rates. *Quality Review Bulletin.* (Juillet 1989), 206-214.
94. Kennell, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S. et Hinkley, C. Medical intervention: the effect of social support during labour (abstract). *Pediatric Research.* (1988), 23 : 211A.
95. Keirse, M.J.N.C. Active management of prelabour rupture of membranes at term. *Oxford database of perinatal trials (Chalmers, I., éd.).* (1990), Version 1.2, Disk Issue 4, Rcord No. 3272.
96. Kirk, E., Doyle, K., Leigh, J. et Garrard, M. Vaginal birth after cesarean section or repeat cesarean section: medical risks or social realities? *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1990), 162 : 1398-1405.
97. Klaus, M., Kennell, J., Robertson, S. et Sosa, R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal.* (1986), 293 : 585-587.
98. Lao, T.T. et Leung, B.F.H. Labor induction for planned vaginal delivery in patients with previous cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* (1987), 66 : 413-416.
99. Lao, T.T., Leung, B.F.H. et Yeung, S.S. Trial of scar – is it safe in developing countries? *British Journal of Clinical Practice.* (1987), 41(2): 596-600.
100. Lavin, Justin P., Stephens, Robert J., Miodovnik, Menachem et Barden, Tom P. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Journal of the American College of Obstetricians and Gynecologists.* (1982), 59(2): 135-148.
101. Lawson, G.W. Vaginal delivery after 3 previous caesarean sections. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* (1987), 27 : 115-116.
102. Liswood, J. de Sawyers, Liswood et Scott. Présentation au comité sur l'accouchement par césarienne sur les questions de responsabilité et d'assurance. (20 april 1990).
103. Lohr, K. Outcome measurement: concepts and questions. *Inquiry.* (1988), 25 : 37-50.
104. Lomas, Jonathan (université McMaster). Policy commentary: quality assurance and effectiveness in health care: an overview. *CHEPA Working Paper Series #90-3.* (1990).
105. Lomas, Jonathan. Report of the international conference on quality assurance and effectiveness in health care. (8,9,10 nov/1989), Toronto.
106. Lomas, J., Anderson, G., Domnick-Pierre, K., Vayda, E., Enkin, M. et Hannah, W. Do practice guidelines guide practice? *The New England Journal of Medicine.* (1989), 321 : 1306-1311.
107. Lomas, J. et Enkin, M. Variations in operative delivery rates. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* (1989), Oxford University Press; Oxford : 1182-1194.
108. Marieskind, H. Cesarean section in the United States: has it changed since 1979? *Birth.* (1989), 16(4): 196-202.
109. Martin, J., Morrison, J., Wiser, W. Vaginal birth after cesarean section: the demise of routine repeat abdominal delivery. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* (1988), 15(4) : 719-736.
110. McKilligan, H. et Rush, J. Présentation orale au comité sur l'accouchement par césarienne sur les bureaux de santé publique et les soins prénataux. (20 avril 1990).
111. Meehan, F., Burke, G. et Kehoe, J. Update on delivery following prior cesarean section: a 15-year review 1972-1987. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* (1989), 30 : 205-212.
112. Meier, P. et Porreco, R. Trial of labor following cesarean section: a two-year experience. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1982), 144 : 671-678.
113. Ministère de la Santé. Directives sur les programmes et les services de santé obligatoires. (Avril 1989).
114. Ministère de la Santé. Barème des honoraires. (1989).
115. Ministère de la Santé. Conférence internationale sur le contrôle de la qualité et l'efficacité des soins de santé, Toronto – *Proceedings.* (1989).
116. Molloy, B., Sheil, O. et Duignan, N. Delivery after cesarean section: review of 2176 consecutive cases. *British Medical Journal.* (Juin 1987), 294 : 1645-1647.
117. Mootabar, H., Dwyer, J.F., Surur, F. et Dillon, T.F. Vaginal delivery following previous cesarean section in 1983. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* (1984), 22 : 155-160.
118. Murphy, M. et Harvey, S. Choice of a childbirth method after cesarean. *Women and Health.* (1989), 15(2): 67-85.
119. Myers, S., Gleicher, N. A successful program to lower cesarean section rates. *New England Journal of Medicine.* (1988), 319(23): 1511-1516.
120. Newton, E. et Higgins, C. Factors associated with hospital-specific cesarean birth rates. *Journal of Reproductive Medicine.* (1989), 34(6): 407-411.
121. Ngu, A. et Quinn, M.A. Vaginal delivery following caesarean section. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* (1985), 25 : 41-43.
122. Nielsen, T.F., Ljungblad, U., Hagberg, H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1989), 160(3): 569-573.
123. Nielsen, T.F., Hokegard, K.H. et Moldin, P.G. X-ray pelvimetry and trial of labor after previous cesarean section: a prospective study. *Acta Ob Gyn Scand.* (1985), 64 : 485-490.
124. Notzon, F. International differences in the use of obstetric interventions. *Journal of the American Medical Association.* (1990), 263 (24): 3286-3291.
125. Nouvelle-Écosse, ministère de la Santé et de la Condition physique. Rapport du comité de recherche sur les taux de césariennes en Nouvelle-Écosse. (Juillet 1990).
126. Novas, J., Myers, S. et Gleicher, N. Obstetric outcome of patients with more than one previous cesarean section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1989), 160(2): 364-367.
127. O'Driscoll, K., Foley, M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstetrics and Gynecology.* (1983), 61(1): 1-5.
128. O'Driscoll, K. et Meagher, D. *Active Management of Labour.* (1980), London : W.B. Saunders : 78-81.
129. Ollendorff, D.A., Goldberg, J.M., Minogue, J.P. et Socol, M.L. Vaginal birth after cesarean section for arrest of labor: is success determined by maximum cervical dilatation during the prior labor? *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1988), 159(3): 636-639.
130. Ophir, E., Oettinger, M., Yogoda, A., Markovits, Y., Rojansky, N. et Shapiro, H. Breech presentation after cesarean section: always a section? *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1989), 161(1): 25-28.
131. Paul, R.H., Phelan, J.P. et Yeh, S. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1985), 151(3): 297-304.
132. Communication personnelle. VBAC, AOM, Concerned Childbirth.
133. Phelan, J., Ahn, M., Diaz, F., Brar, H. et Rodriguez, M. Twice a cesarean, always a cesarean? *Obstetrics and Gynecology.* (1989), 73(2): 161-165.
134. Phelan, J., Clark, S., Diaz, F. et Paul, R. Vaginal birth after cesarean. *Americal Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1987), 157(6): 1510-1515.
135. Phelan, J., Eglinton, G., Horenstein, J. et Clark, S. Previous cesarean birth: trial of labor in women with macrosomic infants. *Journal of Reproductive Medicine.* (1984), 29(1): 36-40.
136. Philpott, R.H. et Castle, W.M. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of British Commonwealth.* (1972), 79 : 592-598.
137. Placek, R. et Taffel, S. Recent patterns in cesarean delivery in the United States. *Obstetrics and Gynecology Clinics of*

North America. (1988), 15(4): 607-627.
138. Porreco, R. Meeting the challenge of the rising cesarean birth rate. *Obstetrics and Gynecology.* (1990), 75 : 133-136.
139. Porreco, R. et Meier, P. Repeat cesareans – mostly unnecessary. *Contemporary Obstetrics and Gynecology.* (Sept/1984), 55-63.
140. Prendergast, M.S. et Anderle, L.J. Experience with vaginal delivery after prior cesarean birth in a community hospital. *Journal of AOA.* (1985), 85(4): 238-240.
141. Prichard, J. Robert S. *Liability and Compensation in Health Care.* A report to the conference of Deputy Ministers of health of the Federal/Provincial/Territorial review on liability and compensation issues in health care. (1990).
142. Pruett, K.M., Kirshon, B., Cotton, D.B., Poindexter, A.N. Is vaginal birth after two or more cesarean sections safe? *Obstetrics and Gynecology.* (1988), 72(2): 163-165.
143. Pruett, K.M., Kirshon, B. et Cotton, D.B. Unknown uterine scar and trial of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1988), 159(4): 807-810.
144. Reid, A. et Galbraith, J. Midwifery in a family practice: a pilot study. *Canadian Family Physician.* (1988), 34, 1887-1890.
145. Rockenschaub, A. Technology-free obstetrics at the Semmelweis Clinic. *The Lancet.* (1990), 335 : 977-978.
146. Rourke, James. *Small hospital medical services in Ontario.* Report to the Ontario Medical Association. (Déc. 1989).
147. Sakala, E., Kaye, S., Murray, R.D. et Munson, L.J. Oxytocin use after previous cesarean: why a higher rate of failed labor trial? *Obstetrics and Gynecology.* (1990), 75(3:1): 356-359.
148. Sanchez-Ramos, L., Kaunitz, A.M., Peterson, H.B., Martinez-Schnell, B. et Thompson, R.J. Reducing cesarean sections at a teaching hospital. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1990), 163(3): 1081-1088.
149. Sarno, A., Phelan, J., Ock Ahn, M. et Strong, T. Vaginal birth after cesarean delivery – trial of labor in women with breech presentation. *Journal of Reproductive Medicine.* (1989), 34(10): 831-833.
150. Schneider, J., Gallego D. et Benito, R. Trial of labor after and earlier cesarean section – a conservative approach. *Journal of Reproductive Medicine* (1988), 33(5): 453-456.
151. Schneider, J., Gallego, D. et Benito, R. Trial of labour in patients with a prior caesarean section and an intervening vaginal delivery. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* (1987), 27 : 178-179.
152. Shepherd-McClain, C. Why women choose trial of labor or repeat cesarean section. *The Journal of Family Practice.* (1985), 21(3): 210-216.
153. Shepherd-McClain, C. Women's choices for trial of labor or repeat cesarean section. Proceedings from Tri-Regional Conference on Completed MCH Research. (1988), 70-85.
154. Shepherd-McClain, C. Patient decision making: the case of delivery method after a previous cesarean section. *Culture, Medicine and Psychiatry.* (1987), 11 : 495-508.
155. Silver, R.K. et Gibbs, R.S. Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who require oxytocin. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1987), 156(1): 57-60.
156. Singh, T., Kishor, C., Barman, S.D. et Gupta, A.N. Study of vaginal delivery in patients with one previous lower segment caesarean section. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* (1986), 26(4): 245-248.
157. Societé des obstétriciens et gynécologues du Canada. Vaginal birth after cesarean section. *SOGC Bulletin.* (1986), 8:1, p. 8-11.
158. Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S., et Urrutia, J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal of Medicine.* (1980), 303 : 597-600.
159. Stafford, R. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *Journal of the American Medical Association.* (1990), 263(5): 683-687.
160. Stewart, P., Dulberg, C., Chapman Arnill, A., Elmslie, T. et Hall, P. Diagnosis of dystocia and management with cesarean section among primiparous women in Ottawa-Carleton. *Canadian Medical Association Journal.* (1990), 142(5): 459-463.
161. Stovall, T.G., Shaver, D.C., Solomon, S.K. et Anderson, G.D. Trial of labor in previous cesarean section patients, excluding classical cesarean sections. *Obstetrics and Gynecology.* (1987), 70(5): 713-717.
162. Strong, T., Phelan, J., Ahn, M., Sarno, A. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1989), 161(1): 29-32.
163. Thacker, S. The efficacy of intrapartum electronic fetal monitoring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1987), 156(1): 24-30.
164. Thorp, J., Parisi, V., Boylan, P. et Johnston, D. The effect of continuous epidural analgesia on cesarean section for dystocia in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1989), 161 : 670-675.
165. Turner, M., Brassil, M., Gordon, H. Active management of labor associated with a decrease in the cesarean section rate in nulliparas. *Obstetrics and Gynecology.* (1988), 71(2): 150-154.
166. Van Gelderen, C.J., England, M.J., Naylor, G.A., Katzeff, T.C. Labour in patients with a caesarean section scar: the place of oxytocin augmentation. *South Africa Medical Journal.* (1986), 70 : 529-532.
167. Van Amerongen, D. Vaginal birth after cesarean section – experience in a community-based practice. *Journal of Reproductive Medicine.* (1989), 34(8): 531-534.
168. VBAC Association of Ontario. *Once a Cesarean **Not** Always a Cesarean.*
169. Wennberg, J. Improving the medical decision-making process. *Health.* (1988), 7(1): 99-106.
170. Whiteside, D.C., Mahan, C.S. et Cook, J.C. Factors associated with successful vaginal delivery after cesarean section. *Journal of Reproductive Medicine.* (1983), 28(1): 785-788.
171. Wilbur, R. *Innovations in health care measurement.* Chicago, IL: *American Hospital Association Publishing.* (1989), 145-150.
172. Wilf, R.T. et Franklin, J.B. Six years experience with vaginal births after cesareans at Booth Maternity Center in Philadelphia. *Birth* (1984), 11(1): 5-9.
173. Williams, R.L. et Chen, P.M. Identifying the sources of the recent decline in perinatal mortality rates in California. *New England Journal of Medicine.* (1982), 306 : 207-214.
174. Wilson, C. *Hospital Wide Quality Assurance: Models for Implementation and Development.* Toronto: W.B. Saunders Canada. (1987), Chapters 4-7.
175. Organisation mondiale de la santé. The Partograph – section I, the principle and strategy. (1988).
176. Organisation mondiale de la santé. The Partograph – section III, the facilitator's guide. (1989).
177. Organisation mondiale de la santé. The Partograph – section IV, guidelines for operations research on the application of the partograph. (1989).
178. Yeh, S., Huang, Z. et Phelan, J. Postterm pregnancy after previous cesarean section. *Journal of Reproductive Medicine.* (1984), 29(1) 41-44.
179. Yetman, T. et Nolan, T. Vaginal birth after cesarean section: a reappraisal of the risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1989), 161(5): 1119-1123.
180. Zdeb, M. et Logrillo, V. Cesarean childbirth in New York State: trends and directions. *Birth.* (1989), 16(4): 203-207.

Rapport de la conférence d'accord général

Annexe I

1348 JAMC, VOL. 134, JUNE 15, 1986 No. 12
1352 JRL ASSN MED CDN

On peut demander au comité de planification les bibliographies sur lesquelles ces communications sont basées.

***Membres du comité :** Walter J. Hannah, professeur et président, département d'obstétrique et de gynécologie, Université de Toronto; Tom F. Baskett, professeur agrégé, département d'obstétrique et de gynécologie, Université Dalhousie, Halifax; Graham W. Chance, professeur, départements de pédiatrie, et d'obstétrique et gynécologie, Université Western Ontario, London (Ont.); Emily F. Hamilton, professeure adjointe, département d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill, Montréal; Shirley Huchcroft, Commission du cancer de l'Alberta, Calgary; James F. King, professeur adjoint, département d'obstétrique et de gynécologie, Université de Colombie-Britannique, Vancouver; Bertrand Proulx, chef du personnel, hôpital Notre-Dame, Hearst (Ont.); Faye Ryder, Maple Ridge, C.-B.; Margaret A. Somerville, professeure, facultés de droit et de médecine, Université McGill, Montréal; et Peter A. Woodrow, professeur agrégé et professeur enseignant, département d'obstétrique et de gynécologie, Université de la Saskatchewan, Regina. Comité de planification: Jonathan Lomas, département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster, Hamilton, Ont.; Eugene Vayda, doyen adjoint, division de la santé communautaire, Université de Toronto; Murray W. Enkin, professeur, départements d'obstétrique et de gynécologie, et d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster, Hamilton; Geoffrey M. Anderson, professeur adjoint, département d'épidémiologie et de médecine communautaire, Université d'Ottawa; Betsy MacKinnon, département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster, Hamilton; Janet Barnsley, divison de la santé communautaire, Université de Toronto; et Lynda Marsh, département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster, Hamilton.*

Adresser les demandes de tirés à part à : Jonathan Lomas, département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Centre des sciences de la santé, Université McMaster, 2C15-1200 rue Main ouest, Hamilton (Ontario) L8N 3Z5

**Réimprimé avec la permission du Journal de l'Association médicale canadienne, (1986), 134(12) : 1348-1352.*

Indications de la césarienne : déclaration finale du comité de la conférence nationale d'accord général sur différents aspects de l'accouchement par césarienne*

En mai 1985, un processus de recherche d'accord général canadien, version modifiée de l'approche adoptée par les instituts nationaux de la santé aux États-Unis[1], a été entamé dans le but d'établir des politiques cliniques appropriées sur différents aspects de l'accouchement par césarienne. Le comité de planification, avec la collaboration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de l'Association of Professors of Obstetrics and Gynaecology, a nommé un comité de dix membres – 5 obstétriciens, 1 médecin généraliste, 1 néonatologiste, 1 épidémiologiste, 1 avocate et 1 consommatrice – choisis dans les différentes régions du pays.

Entre mai et octobre, le comité de planification et son personnel ont fourni au comité les quatre communications de base suivantes qui passaient en revue toutes les publications pertinentes parues depuis 1960.

- Taux de césariennes au Canada : analyse des données;
- Indications de césarienne en cas de présentation par le siège : analyse des publications;
- Indications de césarienne en cas de césarienne antérieure : analyse des publications;
- Critères utilisés pour le diagnostic de la dystocie : analyse des méthodes utilisées.

Au mois d'octobre, le comité s'est réuni pendant trois jours pour entendre les témoignages d'experts en provenance du Canada, des États-Unis et de Grande-Bretagne, écouter les opinions de consommateurs intéressés et de professionnels de la santé, examiner les mémoires écrits qui leur avaient été soumis, et rédiger une déclaration intérimaire. Entre octobre 1985 et février 1986, le comité de planification a soumis cette déclaration intérimaire à plus de 30 000 particuliers ou organismes. La déclaration finale a été rédigée par le comité en février, après examen des

commentaires auxquels la déclaration intérimaire avait donné lieu. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et l'Association of Professors of Obstetrics and Gynaecology ont approuvé sans réserve la déclaration finale et ont insisté pour que toutes ses recommandations soient mises en oeuvre.

Historique

Le public et les pourvoyeurs de soins d'obstétrique sont préoccupés les uns et les autres par les tendances récentes des taux de césariennes au Canada. Bien que les niveaux de mortalité maternelle et périnatale au Canada soient comparables aux taux les plus faibles des pays européens, nos taux de césariennes sont approximativement deux fois plus élevés (actuellement près de 20 %). Les questions que cela soulève méritent un examen attentif dans le but de réduire les interventions chirurgicales inutiles et de promouvoir les formes les plus sûres d'accouchements pour les femmes canadiennes et leurs bébés. C'est cet examen que visait la conférence nationale d'accord général sur différents aspects de l'accouchement par césarienne.

Le comité s'est attaché à quatre questions, et ce sont les réponses auxquelles il est parvenu qui ont formé la base de la déclaration d'accord général intérimaire. Il faut insister sur le fait qu'en examinant ces questions, le comité a été influencé essentiellement par les preuves convaincantes fournies par les publications de recherches. L'analyse des publications a été facilitée par l'aide inappréciable du comité de planification qui s'est chargé d'évaluer la force des données.

Quatre mois après l'élaboration de la déclaration intérimaire, le comité d'accord général s'est de nouveau réuni pour étudier les documents reçus en réponse aux dispositions qu'elle contenait. Les documents comprenaient des communications en provenance des associations médicales provinciales, des particuliers et des groupes de consommateurs, des épidémiologistes, des praticiens médicaux, des infirmières et des sages-femmes des différentes régions du pays. Le comité a réexaminé la déclaration intérimaire à la lumière des communications reçues. Tous les points soulevés par les répondants ont été étudiés et un grand nombre ont été incorporés à la déclaration finale.

Les quatre questions examinées par le comité étaient les suivantes :

- Pour quelles femmes et dans quelles conditions faut-il prévoir un accouchement vaginal lorsqu'il y a présentation par le siège ?
- Pour quelles femmes et dans quelles conditions faut-il procéder à une épreuve du travail dans les cas de césarienne antérieure ?
- Quels critères doivent être présents pour justifier un diagnostic de dystocie (travail prolongé ou difficile) ?
- Quelles sont les recherches qu'il faudra effectuer à l'avenir pour clarifier le recours à la césarienne dans les cas de présentation par le siège, de césarienne antérieure ou de dystocie ?

Désignation des structures hospitalières appropriées

Avant de répondre aux quatre questions, le comité a décidé qu'il était nécessaire de faire une déclaration sur les ressources hospitalières requises pour que toutes les femmes aient la possibilité d'entrer en travail et d'accoucher sans danger, particulièrement dans les cas de présentation par le siège ou de césarienne antérieure.

Pour placer les risques associés aux accouchements après césarienne antérieure dans le contexte des risques associés à toutes les formes d'accouchement, le comité a examiné les données pertinentes. Sur la base de 11 819 accouchements dans un centre d'enseignement canadien[2], la probabilité de pratique d'une césarienne d'urgence pour cause de souffrance fétale, de prolapsus du cordon ou d'hémorragie avant l'accouchement était de 2,70 % (avec un intervalle de confiance (IC) de 95 % - 2,41 % à 2,99 %). Par comparaison, les taux de rupture de l'utérus (à l'exclusion des déhiscences asymptomatiques) chez les femmes qui avaient subi une césarienne antérieure avec incision transversale au niveau du segment inférieur ont été rapportés à partir de quatre études prospectives[3-6]. Le taux des femmes avec une grossesse unique et une présentation par le sommet qui subissaient une épreuve du travail était de 0,22 % (5/2268) (IC 95 %, 0,03 % à 0,41 %). Le taux estimé[1] de morbidité maternelle était de 22,90 % (IC 95 %, 17,90 % à 27,97 %) dans le groupe des césariennes et 18,25 % (IC 95 %, 16,66 % à 19,84 %) dans le groupe des épreuves du travail (qui comprenait les accouchements vaginaux et les femmes avec une césarienne antérieure qui étaient entrées en travail). Le taux de mortalité périnatale était trop faible dans chaque groupe pour permettre de tirer des conclusions significatives sur les différences entre les deux groupes.

Le comité a reconnu que la rupture du segment utérin inférieur peut parfois être catastrophique pour la femme et pour l'enfant, bien que cet accident se produise beaucoup moins fréquemment que d'autres urgences obstétriques aiguës. Les hôpitaux qui dispensent des soins d'obstétrique doivent donc s'assurer qu'ils disposent de sang, de salles d'opération, d'équipement de réanimation néonatale et de personnel de soins infirmiers, d'anesthésie et de chirurgie de sorte que toute femme en travail, y compris une femme qui tente une épreuve du travail, puisse subir une césarienne dans les trente minutes.

Le comité a également reconnu que, dans un pays aussi vaste que le Canada, il y a des petits hôpitaux qui ne disposent pas de ces ressources, particulièrement dans les régions éloignées. Cependant, en sélectionnant et en transférant les femmes qui présentent une grossesse à risque élevé dans d'autres établissements appropriés, ces petits hôpitaux continuent à fournir des services d'obstétrique valables aux femmes de leur collectivité. On ne peut pas s'attendre à ce que ces hôpitaux tentent des accouchements par le siège ou des épreuves du travail.

Terminologie

Le comité était conscient que la terminologie utilisée n'était pas toujours neutre. Les membres ont convenu, cependant, que, pour faciliter l'exactitude et la communication, des expressions courantes comme «épreuve du travail» seraient utilisées dans la déclaration d'accord général, bien que certaines personnes s'opposent aux connotations qui y sont attachés. L'utilisation de ces expressions dans le présent rapport ne signifie pas que le comité encourage leur usage continu, et il a suggéré d'envisager

[1] Nous disons «estimé» parce qu'il y a des chances que ces chiffres constituent des surestimations, chaque incident (fièvre, hémorragie, embolie pulmonaire, etc.,) ayant été supposé survenir chez des personnes séparées alors qu'il se peut fort bien que certaines personnes aient présenté plus d'un des incidents morbides. C'est pourquoi ces données ne désignent pas la proportion de femmes qui ont présenté ces incidents mais plutôt le nombre total d'incidents proportionnellement au nombre total de femmes.

des solutions terminologiques plus acceptables.

Questions étudiées

Pour quelles femmes et dans quelles conditions faut-il prévoir un accouchement vaginal lorsqu'il y a présentation par le siège ?

On remarque au Canada une tendance croissante vers la pratique généralisée de la césarienne en cas de présentation par le siège. Un examen approfondi des résultats de recherche publiés n'ont pas permis de découvrir des preuves qui confirment le bienfondé de cette tendance. Il ne faut donc pas pratiquer la césarienne en cas de présentation par le siège à moins que cela ne soit justifié. En d'autres termes, le comité a assumé qu'il n'y a pas indication de césarienne simplement parce qu'il y a présentation par le siège.

Toutes les recommandations qui suivent se réfèrent à des grossesses uniques avec présentation par le siège. Si la preuve indique, sans aucun doute, qu'une méthode d'accouchement est moins dangereuse qu'une autre, le comité déclare que cette méthode doit être *recommandée;* si la preuve est moins évidente mais plaide en faveur d'une méthode d'accouchement plutôt qu'une autre, le comité déclare que cette méthode doit être *proposée.*

Il est souvent difficile d'identifier les risques et les avantages précis des différentes méthodes d'accouchement en cas de présentation par le siège. Cette incertitude est due à la pauvreté et à la nature équivoque des données de recherche sur les risques et les avantages relatifs des différentes interventions. En particulier, la recherche n'apporte pas de preuves qui confirment ou infirment la valeur de la pelvimétrie pour évaluer la sécurité d'un accouchement vaginal en cas de siège. Bien qu'en pratique, l'accouchement vaginal ait davantage de chances d'être proposé aux femmes qui ont déjà eu des enfants, il n'existe pas de preuves dans les publications pour justifier cette distinction.

Comme l'estimation du poids à la naissance est nécessairement imprécise, les recommandations suivantes sont basées essentiellement sur les preuves dérivées des poids réels à la naissance plutôt que des poids estimés. On propose donc des fourchettes de poids fétals estimés et d'âges gestationnels pour guider le(la) clinicien(ne) dans les cas particuliers.

Recommandations

1 Il faut *recommander* un accouchement vaginal planifié dans les cas de présentation par le siège franche ou complète à 36 semaines ou plus d'âge gestationnel et/ou lorsque le poids estimé à la naissance est de 2 500 à 4 000 g.

2 Parce qu'on est moins certain de la force des données, il faut *proposer* un accouchement vaginal dans les cas de présentation par le siège franche ou complète entre 31 et 35 semaines d'âge gestationnel et/ou lorsque le poids estimé à la naissance est de 1 500 à 2 500 g.

3 Il faut *proposer* une césarienne (mais là aussi on est moins certain de l'exactitude des données) dans les cas de présentation par le siège franche ou complète à 30 semaines ou moins d'âge gestationnel et/ou lorsque le poids estimé à la naissance est inférieur à 1 500 g.

4 On ne disposait pas de données suffisantes pour faire une recommandation relative à une présentation par le siège franche ou complète lorsque le poids estimé à la naissance est supérieur à 4 000 g. C'est le jugement du (de la) médecin traitant(e) sur la meilleure façon de procéder qui devra déterminer la méthode d'accouchement à suggérer.

5 C'est seulement sur la base de l'expérience clinique (parce que les données disponibles étaient inadéquates) que le comité est tombé d'accord sur le fait qu'il fallait recommander la césarienne dans les cas de siège décomplété.

6 Les recommandations 1 à 5 devront être modifiées en présence de facteurs de complication, notamment l'oligohydramnios et l'hyperextension de la tête du foetus, qui plaident en faveur de la césarienne, et l'anomalie fétale congénitale qui plaide en faveur de l'accouchement vaginal.

7 En-dehors de circonstances exceptionnelles, y compris l'accouchement du deuxième jumeau, le comité est tombé d'accord (sur la base de l'expérience clinique) sur le fait que l'extraction totale du siège dans une présentation par le siège d'un seul foetus n'a virtuellement pas sa place dans la pratique obstétrique moderne.

8 Le comité a insisté sur le fait que l'expérience du (de la) médecin traitant(e) est un élément essentiel de la décision de prévoir un accouchement vaginal en cas de présentation par le siège, et que les programmes d'éducation médicale devraient promouvoir l'acquisition et l'entretien des compétences requises pour pratiquer sans danger un accouchement vaginal en cas de siège.

Pour quelles femmes et dans quelles conditions faut-il procéder à une épreuve du travail lorsqu'il y a eu césarienne antérieure ?

Les recommandations suivantes sont basées sur les résultats des publications. En outre, le comité a examiné un certain nombre de secteurs où les résultats étaient moins probants. Le comité note donc ce qui suit :

a) une épreuve du travail après plus d'une césarienne peut constituer une solution de rechange raisonnable à la répétition volontaire d'une césarienne, mais jusqu'à ce jour, on ne dispose pas de données suffisantes pour confirmer ou pour infirmer ce fait;

b) on ne dispose pas de preuves suffisantes pour faire une recommandation relativement à une épreuve du travail en cas de jumeaux ou de présentation par le siège;

c) bien que les données sur la stimulation par l'ocytocine soient rassurantes, les informations sont encore insuffisantes et, entre temps, l'ocytocine doit être utilisée avec prudence; et

d) les publications ne fournissent pas de données suffisantes pour permettre de faire des commentaires sur le déclenchement du travail.

Recommandations

1 Il faut recommander une épreuve du travail dans les cas de césarienne antérieure pour les femmes qui répondent aux critères suivants : une incision transversale au niveau du segment inférieur, une grossesse unique, une présentation par le sommet et pas d'indication absolue de césarienne (telle que placenta praevia). Les données indiquent que les femmes qui ont eu précédemment un accouchement vaginal ainsi qu'une césarienne sont particulièrement aptes à l'accouchement vaginal. Les chances d'accouchement vaginal après une césarienne semblent être indépendantes de l'indication d'une première césarienne (y compris la «disproportion céphalo- pelvique» et l'«absence de progrès»). Une macrosomie fétale soupçonnée (poids à la naissance de plus de 4 000 g.) n'est pas en soi une contre-indication à l'épreuve du travail.

2 Une incision utérine antérieure classique, verticale basse ou inconnue demeure une contre-indication à l'épreuve du travail.

3 L'anesthésie épidurale peut être utilisée pour les indications obstétriques usuelles.

1 Outre les recommandations faites sous le titre «Désignation des structures hospitalières appropriées», le comité recommande ce qui suit :

a) évaluation prénatale par un(e) obstétricien(ne) qualifié(e);
b) notification pendant l'accouchement de l'obstétricien(ne) ou du (de la) chirurgien(ne) et de l'anesthésiste qui interviendront en cas d'urgence, ou consultation avec lui ou avec elle; et
c) évaluation compétente du travail et surveillance systématique de la mère et du foetus.

En outre, le comité estime que la présence continue du (de la) médecin pendant le travail n'est pas nécessaire. Le monitorage électronique continu de la fréquence cardiaque du foetus n'est pas systématiquement recommandé. Il faut cependant respecter les normes minimales relatives à la surveillance de la fréquence cardiaque du foetus pendant le travail (c.-à-d. auscultation après une contraction toutes les 15 minutes pendant la phase active de la première étape du travail, et toutes les 5 minutes pendant la deuxième étape).

5 Il faut fournir aux patientes des renseignements adéquats pour qu'elles puissent choisir en connaissance de cause entre une nouvelle césarienne volontaire ou l'épreuve du travail. Tous les efforts doivent être faits pour satisfaire cette décision. Les médecins qui travaillent dans les hôpitaux où il n'est pas possible de satisfaire le souhait de la femme doivent le lui faire savoir et lui indiquer l'hôpital le plus proche où elle pourra trouver satisfaction.

Quels critères doivent être présents pour justifier un diagnostic de dystocie (travail prolongé ou difficile) ?

Le terme dystocie est habituellement utilisé pour désigner un travail considéré trop lent ou «non progressif». Dans le contexte des césariennes, les diagnostics «disproportion céphalo-pelvique» et «absence de progrès» ont été regroupés sous le terme de «dystocie» et sont rapportés à ce titre comme constituant l'indication d'environ la moitié de toutes les césariennes primaires. C'est ainsi que, directement, et indirectement par sa contribution à la répétition des césariennes, la dystocie, telle qu'elle est habituellement diagnostiquée, est à l'origine de 50 % à 60 % de toutes les césariennes au Canada.

Pour éviter la confusion entre les différentes catégories de diagnostic et de traitement, les femmes avec une présentation anormale, une grossesse multiple, un travail avant terme ou une souffrance fétale, et celles dont le travail est artificiellement déclenché, sont exclues. De plus, comme la dystocie est presque exclusivement diagnostiquée chez les femmes nullipares, cette déclaration est limitée aux femmes nullipares à terme, avec une grossesse unique, une présentation par le sommet et en travail spontané, lesquelles représentent approximativement un tiers de la population obstétrique.

Les observations et recommandations suivantes relatives à la dystocie sont basées essentiellement sur l'opinion clinique informée, par suite de l'insuffisance de preuves scientifiques adéquates. Il ne faut donc les considérer que comme des directives de travail.

Directives

1 Il ne faut pas poser de diagnostic de dystocie tant que la femme n'est pas établie dans le travail. Ceci n'est pas le cas pendant la phase de latence. Le travail est établi lorsqu'il y a contractions utérines régulières et douloureuses, et effacement du col avec une dilatation d'au moins 3 cm. La rupture des membranes ou l'apparition de sang, ou les deux, s'ils peuvent contribuer à l'établissement du travail, ne constituent pas en eux-mêmes un diagnostic.

2 La progression lente du travail n'est pas nécessairement un problème en soi mais c'est le meilleur indicateur du risque de dystocie. Pendant la première étape du travail établi, un diagnostic de dystocie est justifié s'il y a absence de dilatation progressive du col (moins de 0,5 cm par heure) pendant une période de 4 heures.

3 Il faut chercher les causes de la dystocie, dont la plus courante est l'inefficacité de l'action utérine. Ce diagnostic permettra d'identifier, à une étape précoce, les femmes qui présentent une dystocie, et de prendre des décisions pour la gestion de l'accouchement (par exemple, augmentation de l'ocytocine, hydratation, changement de position ou marche) dans le but de corriger l'inefficacité de l'action utérine. Chez certaines femmes, aucune intervention n'est recommandée. Dans toutes les cas de travail non progressif, il est recommandé de surveiller de près la fréquence cardiaque du foetus, tel qu'indiqué à la recommandation 4 de la section précédente.

4 À cette étape précoce, la césarienne n'est pas appropriée. Elle ne devrait être envisagée que beaucoup plus tard, et seulement après une augmentation satisfaisante de l'action utérine, si celle-ci n'a pas réussi à assurer un progrès après une période de temps raisonnable.

5 Bien qu'il soit normal de s'inquiéter si la deuxième phase du travail dépasse la durée habituellement acceptée, il ne faut pas fixer de limites de temps strictes tant qu'il y a descente progressive de la tête du foetus et qu'il n'y a aucun signe de souffrance fétale. En particulier, une descente progressive avec analgésie épidurale ne requiert pas une intervention chirurgicale précoce. Il ne faut pas encourager la mère à faire des efforts d'expulsion tant que la tête du foetus n'a pas atteint le plancher musculaire périnéal.

6 Si, en présence d'action utérine adéquate, il n'y a pas de descente et qu'il y a accroissement de la bosse séro-sanguine et du modelage du crâne fétal, le diagnostic de disproportion céphalo-pelvique est confirmé.

Quelles sont les recherches qu'il faudra effectuer à l'avenir pour clarifier le recours à la césarienne en cas de présentation par le siège, de césarienne antérieure et de dystocie ?

Sur la base des preuves examinées par le comité, il est apparu évident qu'il faut faire davantage de recherches dans de nombreux domaines, y compris les suivants.

Présentation par le siège

Des études randomisées avec contrôle sont essentielles pour déterminer l'efficacité et la sécurité de la version céphalique par manoeuvres externes ainsi que d'autres mesures susceptibles de réduire le nombre des accouchements par le siège et de déterminer le mode d'accouchement le plus approprié lorsque le foetus pèse moins de 1 500 g.

Césarienne antérieure

Il faut procéder aux recherches nécessaires pour évaluer la fréquence des complications majeures chez la mère, de la mortalité périnatale et

des séquelles à court terme et à long terme sur l'enfant dans les circonstances suivantes :

- Épreuve du travail après plus d'une césarienne antérieure transversale basse.
- Épreuve du travail avec présentation par le siège ou jumeaux après une césarienne antérieure transversale basse.
- Administration d'ocytocine pour augmenter le travail après une césarienne antérieure transversale basse.
- Déclenchement du travail après une césarienne antérieure transversale basse.

En outre, il faut effectuer des recherches également rigoureuses pour évaluer l'effet sur les résultats du travail du soutien continu des infirmières et autres personnes, et pour mesurer les conséquences psychologiques, non seulement pour la femme mais aussi pour l'enfant et la famille, des femmes qui sont soumises à une épreuve du travail par opposition à une césarienne volontaire.

Dystocie

Il faut effectuer des recherches pour évaluer

a) la spécificité et la sensibilité des directives de travail proposées pour le diagnostic de dystocie comme facteur de recours à la césarienne,
b) la valeur de la correction précoce de l'inefficacité de l'action utérine pour la prévention et le traitement de la dystocie et
c) la valeur des méthodes de remplacement (par exemple marche, stimulation des mamelons et changement de position pendant le travail) aux fins de prévention et de gestion de la dystocie.

Général

Il faudrait procéder à un sondage représentatif auprès d'une population de femmes qui ont subi une césarienne et d'une population de femmes qui ont eu un accouchement vaginal pour évaluer leur niveau de satisfaction et leur préférence pour l'accouchement suivant. En outre, il faudrait procéder à des études régionales et nationales sur les changements de la pratique de la césarienne au cours de la prochaine décennie.

Considérations médico-légales

Le comité était conscient des répercussions difficiles et complexes, sur le plan médico-légal, des quatres questions examinées. Les conseillers légaux consultés par le comité ont indiqué qu'il est essentiel, pour parvenir à un consentement informé, d'examiner soigneusement avec la femme les risques et les avantages, pour elle et pour l'enfant, des différentes méthodes d'accouchement. Le consentement informé et les documents à l'appui l'emportent sur toute autre considération légale.

Le comité a reconnu que les obstétriciens sont très préoccupés, ce qui est compréhensible, par les aspects médico-légaux de la grossesse et de l'accouchement. Beaucoup de médecins estiment que certaines décisions cliniques sont indûment influencées par des risques de procès et par les attentes des consommateurs qui sont parfois irréalistes. La combinaison de ces influences a contribué à l'augmentation du nombre des césariennes dans les trois secteurs examinés par le comité.

Cette déclaration d'accord général est le résultat d'une analyse systématique des meilleurs résultats disponibles et peut servir de base raisonnable et défendable de la pratique clinique.

Nous remercions tout particulièrement la Dre Frederike Perl, Université McMaster, pour son travail sur la dystocie et ses autres contributions notables au processus d'accord général; le professeur Robin F. Roberts, Université McMaster, pour l'analyse approfondie des données qu'il a effectuée à l'intention du comité; le Dr Michael Q. Ramsden, Université McMaster, pour avoir conçu et mis en oeuvre les modèles d'analyse et de décision du comité; et Jerry Elliott et le Dr Itzhak Jacoby, US National Institutes of Health, pour leurs conseils et leur aide sur la façon de parvenir à un accord général.

Ce travail a bénéficié d'une subvention de la Physicians' Services Incorporated Foundation de Toronto.

Références

1. Jacoby I: The consensus development program of the National Institutes of Health. Current practices and historical perspectives. *Int J Tech Assess Health Care* 1985; 2: 420-432
2. Cohen MM, Ong B, Palahniuk R et al: Obstetrical anesthesia and cesarean section. Présenté à la conférence nationale d'accord général sur différents aspects de l'accouchement par césarienne, Niagara-on-the-Lake, Ontario, 24-26 octobre 1985
3. Gibbs CE: Planned vaginal delivery following cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1980; 2: 507-515
4. Martin JN, Harris BA, Huddleston JF et al: Vaginal delivery following previous cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 255-263
5. Meier PR, Porreco RP: Trial of labour following cesarean section: a two year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 671-678
6. Paul RH, Phelan JP, Yet S: Trial of labour in the patient with a prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151: 297-304

Biographie des membres du comité

Annexe II

Membres du comité du contrôle de la qualité de l'accouchement par césarienne

J. Kenneth Milne, président
Le Dr Milne est professeur dans le département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université Western Ontario et chef du service d'obstétrique et de gynécologie du centre de santé St Joseph. Le Dr Milne est actuellement vice-président de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et président sortant de la section ontarienne de la SOGC. Il est membre d'un comité de l'Association des médecins de l'Ontario (AMO), section d'obstétrique et de gynécologie, et siège également au comité de l'AMO sur les sages-femmes.

La participation du Dr Milne aux organisations professionnelles nationales et provinciales l'a amené à prendre part à des programmes de perfectionnement professionnel sur le thème des programmes de contrôle de la qualité pour les médecins généralistes, les obstétriciens et les gynécologues.

Le Dr Milne vit dans la région de London. Il est père de cinq enfants.

Gloria Crotin
Mme Crotin est présidente et administratrice en chef de l'hôpital York Central à Richmond Hill. Elle est membre du Canadian College of Health Service Executives et siège au chapitre de Toronto. Elle est également Fellow de l'American College of Health Care Executives. Mme Crotin représentait l'Association des hôpitaux de l'Ontario auprès du comité.

Rachel Edney
La Dre Edney est une médecin de famille affiliée à l'Hôpital général d'Etobicoke. L'obstétrique constitue une partie importante de sa pratique et elle assiste actuellement à environ 70 accouchements par an. La Dre Edney est membre du Collège des médecins de famille du Canada et a été présidente du chapitre de London en 1966. Entre 1981 et 1984, elle a fait partie du comité exécutif du chapitre de l'Ontario dont elle a été présidente en 1984-1985. En 1989, la Dre Edney a été élue au Conseil de l'Ordre des médecins et chirurgiens, et à son comité exécutif en 1990.

La Dre Edney vit à Toronto et est mère de quatre enfants.

Rudy Gasparelli
Le Dr Gasparelli est médecin de famille (et pilote) à Wawa (Ontario), et a plusieurs années d'expérience dans le Nord et les régions éloignées du Canada. Il assume des fonctions de coroner en Ontario depuis 1984 et participe aux activités du conseil régional de santé et à la mise en place d'une organisation de médecine globale à Wawa. Il est membre du Collège des médecins de famille du Canada. Le Dr Gasparelli est père de trois enfants.

Linda Gerry
Mme Gerry a une formation en soins infirmiers et en travail social. Elle est employée par les services de santé

mentale pour enfants à titre de conseillère familiale (Sudbury) et par l'Université Laurentienne à titre de membre de la faculté chargée de conseiller les étudiants en travail social, et elle a également une clientèle privée. Mme Gerry est mère de deux enfants et s'intéresse tout particulièrement à la promotion du principe que l'accouchement est un processus physiologique normal. Mme Gerry est co-fondatrice du groupe de consommateurs intitulé «Childbirth Concerns», fondatrice de groupe de soutien de la VBAC/AVAC dans la région de Sudbury, affiliée à l'association VBAC/AVAC de l'Ontario, membre du comité des services de reproduction de l'Hôpital général de Sudbury, et membre du groupe de travail sur les sages-femmes de Sudbury.

Paul Hergott
Le Dr Hergott exerce l'obstétrique à Sault Ste. Marie; il est chef des services d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital général de Sault Ste. Marie et président actuel de la région de l'Ontario pour la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada. Il est chargé de cours en médecine clinique dans le département de médecine familiale de l'Université Western Ontario et supervise les étudiants en médecine en internat à Sault Ste. Marie.

Le Dr Hergott est père de trois enfants. Il s'intéresse de près aux questions associées à la santé et participe à d'autres activités communautaires à Sault Ste. Marie.

Karen McArthur
La Dre McArthur est professeure adjointe de médecine familiale à l'Université de Toronto. Elle exerce au centre de santé St George et est associée à l'hôpital Toronto où elle est chef de section pour le groupe d'obstétrique en médecine familiale. Elle préconise une approche des soins d'obstétrique qui minimise les risques, et compte des étudiantes en médecine et des internes parmi sa clientèle. La Dre McArthur est membre du Collège des médecins de famille du Canada.

Carl Nimrod
Le Dr Nimrod est professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'université d'Ottawa, et chef du service de périnatologie. Il est actuellement membre du comité sur la médecine de reproduction de l'Association des médecins de l'Ontario et représentait l'Association des médecins de l'Ontario auprès du comité du contrôle de la qualité de l'accouchement par césarienne. Le Dr Nimrod a trois enfants.

Wendy Russell
Mme Russell a un baccalauréat en soins infirmiers de l'Université McMaster et une grande expérience dans le domaine du travail et de l'accouchement dans les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires. Mme Russell a travaillé comme infirmière en salle de travail et d'accouchement, et comme chef du personnel infirmier. C'est le poste qu'elle occupe actuellement à l'hôpital Peel Memorial de Brampton, Ontario. Mme Russell est membre de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Mme Russell a deux enfants.

Caroline Sufrin-Disler
Mme Sufrin-Disler est coordonnatrice de l'Association VBAC de l'Ontario, fondatrice et co-directrice de VBAC/AVAC Canada, directrice du mouvement pour la prévention de la césarienne au Canada et membre du comité sur la césarienne de l'Association internationale d'éducation périnatale (AIEP). Elle est l'auteure d'une analyse approfondie des publications médicales sur l'AVAC publiée par l'AIEP en 1990. Mme Sufrin-Disler est mère de quatre enfants; son plus jeune fils, David, l'a souvent accompagnée aux réunions du comité sur le contrôle de la qualité de l'accouchement par césarienne.

Martha Forestell
Mme Forestell est à la tête du Bureau pour la santé des femmes du ministère de la Santé, et a apporté son expérience des questions associées à la santé des femmes et les ressources du ministère de la Santé au comité sur le contrôle de la qualité de l'accouchement par césarienne.

Karyn Kaufman
La Dre Kaufman est professeure agrégée à l'école de soins infirmiers de l'Université McMaster et coordonnatrice des questions d'obstétrique au ministère de la Santé. Elle était coordonnatrice pour le comité et principale agente de liaison avec le ministère de la Santé.

Communications et consultations

Annexe III

Consultants ayant présenté des communications au comité sur l'accouchement par césarienne

Communication par les membres du projet de mise en oeuvre de la déclaration d'accord général, Université McMaster et Université de Toronto, Dr Murray Enkin, Mme Mary Gauld et Dr Walter Hannah, 28 mars 1990.

Communication sur les préoccupations médico-légales, Dre Manny Gluck, Association canadienne de protection médicale, 29 mars 1990.

Communication des résultats du sondage auprès des obstétriciens pour le rapport Prichard, Dr Walter Hannah, 20 avril 1990.

Normes de soins et responsabilité professionnelle, M. Josh Liswood de Sawers, Liswood and Scott, 20 avril 1990.

Programmes prénatals dans les bureaux de santé – Dre Helen McKilligan et Mme Janet Rush, 20 avril 1990.

Gestion de l'approche du contrôle de la qualité, Jake Hodosy, 3 mai 1990.

Perfectionnement professionnel médical, Dr Dave Davis et Mme Helen McDonald, Université McMaster, 5 juin 1990.

Études randomisées sur la gestion active du travail, Dr David Hunter et Mme Helen McDonald, Université McMaster, 6 juin 1990.

La dystocie et ses répercussions sur la césarienne, Dr William Fraser, Université Laval, Québec, 6 juin 1990.

Vérification clinique des césariennes, Dre Karen Campbell et Mme Karen Webster, Lawson Research Institute, London (Ontario), 6 septembre 1990.

Taux de césariennes dans les hôpitaux de l'Ontario 1988-1989

Annexe IV

Total des accouchements et des césariennes rapportés par les hôpitaux de l'Ontario 1988-1989

Hôpital	Avec césarienne	Total des cas d'obstétrique	% de césariennes
Général, Brantford	203	1 430	14,2 %
Général, Kincardine et district	19	125	15,2 %
Saugeen Memorial, Southampton	0	98	0,0 %
Général Walkerton, comté de Bruce	42	217	19,4 %
Services de santé Wiarton, Péninsule de Bruce	0	81	0,0 %
Régional, Orangeville Dufferin	167	593	28,2 %
Général Elgin, St. Thomas	133	805	16,5 %
Memorial, district de Leamington	108	455	23,7 %
Général Metropolitan, ville de Windsor	278	1 921	14,5 %
Grace, Armée du salut, Windsor	449	2 093	21,5 %
Général, Kingston	355	2 242	15,8 %
Memorial, Durham	4	24	16,7 %
Hanover et district	34	166	20,5 %
Général Grey, Markdale Centre	17	80	21,3 %
Général, Meaford	22	75	29,3 %
Centre de santé régional, Owen Sound, Grey, Bruce	214	704	30,4 %
Haldimand War Memorial, Dunnville	49	183	26,8 %
Haliburton	0	18	0,0 %
Joseph Brant Memorial, Burlington	309	1 632	18,9 %
Memorial, Halton Hills, Georgetown et district	43	264	16,3 %
District de Milton	71	332	21,4 %
Trafalgar Memorial, Oakville	510	1 771	28,8 %
Général, Belleville	318	1 459	21,8 %
Memorial, Trenton	42	269	15,6 %
Public, Clinton	27	187	14,4 %
Général et Goderich Alexandra Marine	19	91	20,9 %
Communautaire, Seaforth	1	20	5,0 %
Wingham et district	13	171	7,6 %

Hôpital	Avec césarienne	Total des cas d'obstétrique	% de césariennes
Public général, Chatham	240	1 150	20,9 %
Wallaceburg Sydenham District	40	249	16,1 %
Petrolia Charlotte Eleanor Englehart	22	138	15,9 %
Général, St. Catharines	333	2 145	15,5 %
Général, Welland	176	837	21,0 %
Norfolk Général, Simcoe	122	458	26,6 %
District Général, Cobourg	83	391	21,2 %
Port Hope et district	25	163	15,3 %
Général, Ajax et Pickering	223	1 453	15,3 %
Memorial, Newcastle	51	248	20,6 %
Général, Oshawa	465	2 872	16,2 %
Community Memorial, Scugog	14	166	8,4 %
Uxbridge Cottage	13	76	17,1 %
Hôpital Montfort, Ottawa	124	727	17,1 %
Civic, Ottawa	774	3 401	22,8 %
Riverside, Ottawa	333	1 815	18,3 %
Grace, Armée du Salut, Ottawa	296	1 951	15,2 %
Général, Ottawa	452	2 290	19,7 %
Ingersoll, Alexandra	16	98	16,3 %
District Memorial, Tillsonburg	35	224	15,6 %
Général, Woodstock	91	609	14,9 %
Memorial, Peel	581	2 783	20,9 %
Mississauga	495	2 450	20,2 %
Memorial, Listowell	12	200	6,0 %
Memorial, St. Mary	3	122	2,5 %
Général, Stratford	95	609	15,6 %
Civic, Peterborough	266	1 738	15,3 %
District Général, Hawkesbury	82	359	22,8 %
Memorial, comté du Prince Edouard, Picton	0	97	0,0 %
District Memorial, Arnprior	19	82	23,2 %
St. Francis, Barry's Bay	0	45	0,0 %
Deep River et district	0	29	0,0 %

Hôpital	Avec césarienne	Total des cas d'obstétrique	% de césariennes
Général, Pembroke	107	739	14,5 %
Victoria, Renfrew	36	157	22,9 %
Stevenson, Alliston	93	341	27,3 %
Royal Victoria, Barrie	243	1 244	19,5 %
Général et Marine, Collingwood	60	347	17,3 %
Huronia, Midland	80	278	28,8 %
St Joseph, Sarnia	277	1 495	18,5 %
Général, Almonte	32	181	17,7 %
Great War Memorial, Perth	38	174	21,8 %
Communautaire, Smiths Falls	45	235	19,1 %
Général, Brockville	147	618	23,8 %
Kemptville District	5	24	20,8 %
Lennox et Addington	32	158	20,3 %
Général, Est de Toronto	454	2 321	19,6 %
Général, Etobicoke	735	2 836	25,9 %
Général, Queensway Etobicoke	288	1 170	24,6 %
Branson, North York	301	1 304	23,1 %
Général, North York	595	3 646	16,3 %
Finch, North York	439	2 047	21,4 %
Central, Scarborough	586	2 920	20,1 %
Général, Scarborough	542	2 186	24,8 %
Central, Toronto	129	392	32,9 %
Doctor's, Toronto	276	1 430	19,3 %
Mount Sinai, Toronto	931	4 571	20,4 %
Centre de santé St Joseph, Toronto	473	2 339	20,2 %
St Michael, Toronto	567	2 175	26,1 %
Général, Toronto	799	3 594	22,2 %
Wellesley, Toronto	370	1 798	20,6 %
Women's College, Toronto	796	3 383	23,5 %
Humber Memorial, York	190	969	19,6 %
Northwestern General, York	282	1 212	23,3 %
St Joseph, London	755	4 114	18,4 %
Victoria, London	317	2 096	15,1 %
Général, Strathroy Middlesex	49	312	15,7 %
Muskoka Memorial, Bracebridge	49	226	21,7 %
District Memorial, Huntsville	56	263	21,3 %
Douglas Memorial, Fort Erie	46	222	20,7 %
Lincoln Memorial, Grimsby West	88	406	21,7 %
Général Greater Niagara, Niagara Falls	142	865	16,4 %
Général, Port Colborne	28	118	23,7 %
Soldiers, Orillia	227	883	25,7 %
Général, Penetanguishene	29	120	24,2 %
Général, Alexandria	0	17	0,0 %
Hôtel Dieu, Cornwall	239	1 028	23,2 %

Hôpital	Avec césarienne	Total des cas d'obstétrique	% de césariennes
District Memorial, Winchester	72	382	18,8 %
Ross Memorial, Lindsay	94	571	16,5 %
Memorial, Cambridge	290	1 349	21,5 %
Kitchener-Waterloo	533	2 630	20,3 %
Ste Mary, Kitchener	325	1 612	20,2 %
Groves Memorial, Fergus	48	222	21,6 %
Général, Guelph	267	1 621	16,5 %
Mt. Forest Louise Marshall	7	90	7,8 %
Palmerston et district	12	117	10,3 %
Henderson Général, Hamilton	428	2 102	20,4 %
Chedoke, Hamilton	497	2 126	23,4 %
St Joseph, Hamilton	599	2 877	20,8 %
Comté de York, Newmarket	340	1 960	17,3 %
York Central, Richmond Hill	323	1 502	21,5 %
St Joseph, Elliot Lake	70	309	22,7 %
Général, Sault Ste Marie	296	1 386	21,4 %
Lady Dunn, Wawa	10	73	13,7 %
Lady Minto Cochrane	20	103	19,4 %
Notre Dame, Hearst	36	157	22,9 %
Sensenbrenner, Kapuskasing	61	214	28,5 %
Bingham Memorial, Matheson	0	25	0,0 %
Moose Factory General, Moosonee	16	142	11,3 %
Smooth Rock Falls	0	15	0,0 %
Ste Mary, Timmins	217	905	24,0 %
District de Dryden	41	189	21,7 %
Lake-Of-Woods, Kenora	42	362	11,6 %
Général, Atikokan	0	42	0,0 %
Fort Francis, Rainy River	50	260	19,2 %
Rainy River, Rainy River	0	13	0,0 %
Général, Sudbury	511	2 234	22,9 %
Général, Chapleau	0	32	0,0 %
District de Geraldton	0	64	0,0 %
Général, Manitouwadge	0	47	0,0 %
Wilson, Marathon	0	64	0,0 %
McCausland, Terrace Bay	0	46	0,0 %
Général Port Arthur, Thunder Bay	261	1 058	24,7 %
McKellar, Thunder Bay	256	980	26,1 %
New Liskeard, Temiskaming	48	266	18,0 %
Kirkland Lake et district	38	236	16,1 %
West Nipissing, Sturgeon Falls	0	75	0,0 %
Credit Valley, Mississauga	465	2 549	18,2 %
Grace, Armée du Salut, Scarborough	347	1 900	18,3 %

Source : HMRI

Comparaison entre certaines pratiques hospitalières et les taux d'accouchements par césarienne

Annexe V

Rapport entre les taux de césariennes et l'existence d'une politique sur la durée autorisée de la deuxième phase du travail

	N	O
< 10 %	19(18,3 %)	1(3,4 %)
10-15 %	6(5,8 %)	2(6,9 %)
15-20 %	33(31,7 %)	10(34,5 %)
20-25 %	29(27,9 %)	13(44,8 %)
25-30 %	17(16,3 %)	3(10,3 %)
Total	104(100 %)	29(100 %)

(14 hôpitaux n'ont pas répondu aux deux questions ci-dessus)

Rapport entre les taux de césariennes et le monitorage électronique initial de la fréquence cardiaque du foetus pendant 30 minutes

	Toutes les femmes	Femmes choisies	Aucune femme
< 10 %	8(10,7 %)	3(9,7 %)	4(25,0 %)
10-15 %	4(5,3 %)	1(3,2 %)	1(6,3 %)
15-20 %	26(34,7 %)	10(32,3 %)	5(31,3 %)
20-25 %	26(34,7 %)	9(29,0 %)	5(31,3 %)
25-30 %	11(14,7 %)	8(25,8 %)	1(6,3 %)
Total	75(100 %)	31(100 %)	16(100 %)

(25 hôpitaux n'ont pas répondu aux deux questions ci-dessus)

Rapport entre les taux de césariennes et le tracé graphique de la progression du travail

	N	O
< 10 %	12(18,8 %)	8(11,9 %)
10-15 %	2(3,1 %)	6(9,0 %)
15-20 %	22(34,4 %)	20(29,9 %)
20-25 %	19(29,7 %)	23(34,3 %)
25-30 %	9(14,1 %)	10(14,9 %)
Total	64(100 %)	67(100 %)

(16 hôpitaux n'ont pas répondu aux deux questions ci-dessus)

Rapport entre les taux de césariennes et l'existence d'une politique relative à la mobilité pendant le travail

	N	Y
< 10 %	14(18,9 %)	6(10,2 %)
10-15 %	3(4,1 %)	5(8,5 %)
15-20 %	20(27,0 %)	23(39,0 %)
20-25 %	23(31,1 %)	19(32,2 %)
25-30 %	14(18,9 %)	6(10,2 %)
Total	74(100 %)	59(100 %)

(14 hôpitaux n'ont pas répondu aux deux questions ci-dessus)

Source : Sondage sur les services hospitaliers périnatals, 1990, ministère de la Santé.

Annexe VI

Tables des résultats : Travail planifié après une césarienne antérieure

Tableau VI.1

Résultats du travail après une césarienne antérieure
Résumé des données en provenance des pays développés – 1985-1990
(Publications en anglais seulement)

	Référence	# cas de travail après une césarienne	# AVAC	% AVAC	Déhiscence	Rupture	Hystérectomie
	90	216	143	66,20 %	1	0	0
	121	463	276	59,61 %		0	0
	47	1 156	745	64,45 %	4	1	1
	155	98	58	59,18 %	2	0	0
	46	57	44	77,19 %	1	0	0
	116	1 781	1 618	90,85 %		8	
	161	272	216	79,41 %	6	1	
a	134	919	760	82,70 %	11	1	0
	38	227	167	73,57 %	0	1	0
	53	1 776	1 314	73,99 %	11	3	1
	129	229	170	74,24 %	3	0	0
a	143	393	232	59,03 %	11	1	0
	133	352	239	67,90 %		0	0
b	58	15	15	100,00 %	0	0	0
b	12	4	4	100,00 %	0	0	0
a	119	420	297	70,71 %	3	1	0
	150	339	202	59,59 %	0	0	0
	122	848	779	91,86 %	3	5	0
b	162	25	18	72,00 %	1	0	0
	179	224	137	61,16 %	2	2	1
c	130	1 132	893	78,89 %		1	1
	147	237	196	82,70 %	4	0	0
	54	3 957	2 977	75,23 %		6	1
	44	73	59	80,82 %	1	0	0
	67	53	44	83,02 %	0	0	0
	112	506	395	78,06 %	5	1	0
	140	35	29	82,86 %	0	0	0
	167	66	62	93,94 %	0	0	0
	66	14	14	100,00 %	0	0	0
	65	40	32	80,00 %	0	0	0
	70	35	27	77,14 %	1	0	0
	148	1 200	977	81,42 %		0	0
	21	424	312	73,58 %		5	0
					d	*d*	*d*
	Totaux	17 586	13 451	76,49 %	70(0,4 %)	37(0,2 %)	5(0,03 %)

Remarques :
Deux décès du foetus ont été rapportés

a Rupture fundique/classique
b Séries de naissances multiples
c Séries de présentations par le siège

d Tous les % ne sont calculés qu'à partir des recherches qui contiennent des résultats pertinents; p. ex., les recherches qui ne rapportent pas le nombre d'AVAC sont exclues des calculs.

Tables compilées par : Caroline Sufrin-Disler, VBAC/AVAC Canada

Tableau VI.2

AVAC après plus d'une césarienne antérieure
1979 – 1990

Référence	[a] # cas de travail après plus d'une césarienne	# AVAC	% AVAC	[a] cas de travail après deux césariennes	# AVAC	Déhiscence	Rupture	Hystérectomie
53	89	68	76,40 %	82	63	0	0	0
129	3					1	0	0
162	4			4		1	0	0
117	6	4	66,67 %	5	4			
Chi		1			1	0	0	0
Saldana	38	22	57,89 %		18	0	0	0
161	51	43	84,31 %	44	36		0	0
Martin	19	12	63,16 %	13	9	0	0	0
Wadhawan	31	22	70,97 %	31	22		0	0
133	501	346	69,06 %	501	346	9	0	0
134	8	7	87,50 %				0	0
131	2	2	100,00 %				0	0
[b] 126	36	29	80,56 %	27	21	0	1	0
142	55	25	45,45 %	51	23	3	0	0
46	57	44	77,19 %	39		1	0	0
Porreco	21	17	80,95 %	20		0	0	0
12	1	1	100,00 %			0	0	0
Graham	3	2	66,67 %	3	2	0	0	0
19	9	7	77,78 %	9	7			
102	1	1	100,00 %			0	0	0
140	1	1	100,00 %	1	1	0	0	0
54	156	100	64,10 %					
44	4	3	75,00 %	4	3	0	0	0
112		25			20			
Gellman		2				0	0	0
70	35	27	77,14 %	29	23	1	0	0
			[c]		[c]	[c]	[c]	
Totaux	1 131	783	69,66 %	800	560(70 %)	16(1,84 %)	1(0,10 %)	0

Remarques :

Pas de décès du foetus rapporté dans ces études.

a Les différences entre les nombres dans ces colonnes représentent les cas de travail après plus de deux césariennes antérieures.

b La rupture de l'utérus signalée dans ce rapport s'est produite chez une femme qui avait déjà subi deux incisions classiques.

c Tous les % ne sont calculés qu'à partir des recherches qui contiennent des résultats pertinents; p. ex., les recherches qui ne rapportent pas le nombre d'AVAC sont exclues des calculs.

Références supplémentaires :

Chi, I., Saifuddin, A.B., Gunatilake, D.E. et Wallace, S.L. Deliveries after cesarean birth in two Asian university hospitals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* (1983), 21: 11-16.

Saldana, L.R., Schulman, H. et Reuss, L. Management of pregnancy after cesarean section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1979), 135 (5): 556-561.

Martin, J.N., Harris, B.A., Huddleston, J.F., Morrison, J.C., Propst, M.G., Wiser, W.L., Perlis, H.W. et Davidson, J.T. Vaginal delivery following previous cesarean birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1983), 146 (3): 255-263.

Wadhawan, S., Narone, J.N. Outcome of labor following previous cesarean section. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* (1983), 21: 7-10.

Porreco, R.P., Meier, P.R. Trial of labor in patients with multiple previous cesarean sections. *Journal of Reproductive Medicine.* (1983), 28 (11): 770-772.

Graham, A.R. Trial labor following previous cesarean section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* (1984), 149 (1): 35-45.

Gellman, E., Goldstein, M.S., Kaplan, S. et Shapiro, W.J. Vaginal delivery after cesarean section – experience in private practice. *Journal of American Medical Association.* (1983), 249 (21): 2935-2937.

Tables compilés par : Caroline Sufrin-Disler, VBAC/AVAC Canada

Tableau VI.3

Recherches (1985 – 1990) sur l'administration d'ocytocine pour stimuler le travail après une césarienne antérieure

Référence	# cas de travail sans ocytocine	# AVAC	% AVAC	Déhiscence	Rupture	Hystérectomie	# cas de travail avec ocytocine	# AVAC	% AVAC	Déhiscence	Rupture	Hystérectomie
52	1 291	1 005	77,85 %	6	1	1	485	309	63,71 %	5	2	1
54	2 756	2 146	77,87 %		3	1	1 201	831	69,19 %		4	0
116	1 062	984	92,66 %		2		719	634	88,18 %		6	
121	386	220	56,99 %	0	0	0	77	56	72,73 %	0	0	0
166	30	17	56,67 %	2	0	0	22	14	63,64 %	1	0	0
161	139	116	83,45 %	5	0	0	133	98	73,68 %	1	1	0
156	541	373	68,95 %	5	2	1	144	100	69,44 %	3	2	2
140	27			0	0	0	2			0	0	0
167	49	47	95,92 %	0	0	0	17	15	88,24 %	0	0	0
67	48	40	83,33 %	0	0	0	5	4	80,00 %	0	0	0
155							98	58	59,18 %	2	0	0
147	164	146	89,02 %	1	0	0	73	50	68,49 %	3	0	0
8		57		0	0	0	63	49	77,78 %	0	0	0
143	259	182	70,27 %	4	0	0	134	54	40,30 %	7	0	0
122	602				6	0	406	n/a			0	0
46	52				0	0	5	n/a			0	0
58	10	10	100,00 %	0	0	0	5	5	100,00 %	0	0	0
162	18	12	66,67 %	0	0	0	7	6	85,71 %	1	0	0
99	35	26	74,29 %		0	0	102	86	84,31 %		0	0
65	32	28	87,50 %	0	0	0	8	4	50,00 %	0	0	0
				a	*a*	*a*				*a*	*a*	*a*
Totaux	7 501	5 409		23(0,75 %)	14(0,18 %)	3(0,04 %)	3 706	2 373		23(1,8 %)	15(0,4 %)	3(0,1 %)
Cas de travail avec AVAC rapportés	6 820	5 352	*a* 78,40 %				3 293	2 373	*a* 72,06 %			

Remarques :

Deux décès du foetus ont été rapportés; l'un (Flamm, 1990) chez une femme avec 2 césariennes antérieures qui est entrée au travail chez elle sans aide et a subi une rupture.

a Tous les % ne sont calculés qu'à partir des recherches qui contiennent des résultats pertinents; p. ex., les recherches qui ne rapportent pas le nombre d'AVAC sont exclues des calculs.

Tables compilés par : Caroline Sufrin-Disler, VBAC/AVAC Canada

Résultats d'études randomisées contrôlées de version céphalique par manoeuvres externes

Annexe VII

Extrait de la base de données d'Oxford sur les épreuves périnatales (Chalmers, I. éd.) version 1.2, disque n° 4, août 1990.

Commentaires de l'équipe de rédaction

Résumé 3087.

Hofmeyr GJ (éditeur). Version céphalique externe à terme.

1 Objectif : Évaluer les effets de la version céphalique par manoeuvres externes dans les cas de présentation du siège à terme sur la présentation lors de l'accouchement et la méthode d'accouchement, ainsi que sur la morbidité et la mortalité périnatales.

La version céphalique externe (VCE) à terme diffère de plusieurs façons fondamentales de celle qui a été effectuée avant terme, et doit être évaluée comme une procédure séparée.

2 Critères relatifs aux épreuves choisies aux fins d'analyse : Les épreuves choisies sont celles où des femmes avec une présentation du siège susceptible de version céphalique externe ont été assignées par une méthode randomisée acceptable à un groupe de contrôle ou à un groupe qui a fait l'objet d'une version externe à terme ou de tentatives systématiques de version jusqu'au terme.

3 Épreuves exclues : aucune.

4 Épreuves inclues : Van Dorsten et al 1981, et Stine et al 1985; Hofmeyr 1983; Brocks et al 1984, et Van Veelen et al 1989.

Van Veelen et al (1989) ont fait porter leur recherche sur des femmes d'âges gestationnels divers commençant dès 33 semaines. Leur recherche est incluse parce que la version externe a été répétée systématiquement lorsque c'était nécessaire jusqu'au terme. La pire chose à craindre serait que les plus grandes chances de version spontanée dans le groupe de contrôle ait causé une sous-estimation des avantages potentiels d'une version externe effectuée seulement à terme.

5 Données non publiées : nil.

6 Qualité méthodologique : Dans le cadre des quatre épreuves, les participantes ont été assignées au hasard à un groupe d'étude ou de contrôle. L'exclusion de 3 femmes après inscription dans l'étude de Van Dorsten et al (1981) et la perte du suivi de 1 femme dans l'étude de Van Veelen et al (1989) sont susceptibles d'avoir modifié matériellement les résultats.

7 Résultats : L'ensemble des données en provenance de ces recherches indiquent une réduction statistiquement et cliniquement significative des accouchements non céphaliques et des taux de césariennes lorsqu'il y avait tentative de VCE. Il n'y avait pas de différence notable dans l'apparition d'un indice d'Apgar inférieur à 7 à 1 ou 5 minutes ni dans la mortinatalité.

8 Cohérence des résultats entre les différentes épreuves : Les nombres absolus de naissances céphaliques et de césariennes varient considérablement. Ceci reflète probablement les différences entre les populations utilisées pour chaque épreuve et entre les politiques relatives aux césariennes, respectivement. Le rapport des résultats entre les groupes d'études et les groupes de contrôle est cependant matériellement cohérent.

9 Répercussions sur la pratique courante : Les épreuves choisies pour cette analyse apportent une preuve convaincante que l'on peut réduire le risque d'accouchement par le siège et de césarienne de façon substantielle si l'on tente une VCE à terme. Le recours clinique à la VCE à terme est donc recommandé, avec les précautions appropriées, dans tous les cas où la valeur de l'augmentation des chances d'accouchement céphalique l'emporte sur les risques associés à l'intervention.

10 Répercussions sur la recherche : Les recherches devraient porter à l'avenir sur l'amélioration de la sélection des patientes aptes à subir une VCE à terme et sur l'évaluation des possibilités de VCE pendant le travail et dans les cas de présentation non longitudinale.

11 Conclusion : À la différence de la version céphalique externe avant terme, la version céphalique externe à terme, chez certaines femmes choisies avec une présentation par le siège, est associée à des réductions notables et significatives du risque d'accouchement par le siège et de césarienne. Bien que l'intervention semble relativement sûre, les nombres étudiés sont insuffisants pour donner une estimation précise des risques périnatals.

12 Références supplémentaires : Hofmeyer GJ, Breech presentation and abnormal lie in late pregnancy. Dans : Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (éd.), Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford : Oxford University Press, 1989, p. 653-665.

Effet de la version céphalique externe à terme sur les accouchements non céphaliques

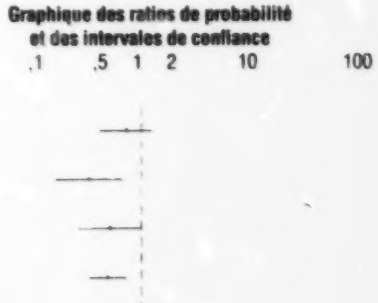
Épreuve	EXPT n	EXPT (%)	CTRL n	CTRL (%)	Ratio de probabilité (95 % CI)
Van Veelen AJ et al. (1989)	39/89	(43,82)	67/90	(74,44)	0,28 (0.16-0,51)
Van Dorsten JP et al. (1981)	8/25	(32,00)	19/23	(82,61)	0,13 (0.04-0,41)
Hofmeyr GJ (1983)	1/30	(3,33)	20/30	(66,67)	0,06 (0.02-0,19)
Mahomed K et al. (1991)	18/103	(17,48)	87/105	(82,86)	0,07 (0.04-0,13)
Brocks V et al. (1984)	17/31	(54,84)	29/34	(85,29)	0,23 (0.08-0,68)
RATIO DE PROBABILITÉ TYPIQUE (Intervalle de confiance de 95 %)					**0,13** (0.10-0,19)

Graphique des ratios de probabilité et des intervalles de confiance

Effet de la version céphalique externe à terme sur les césariennes

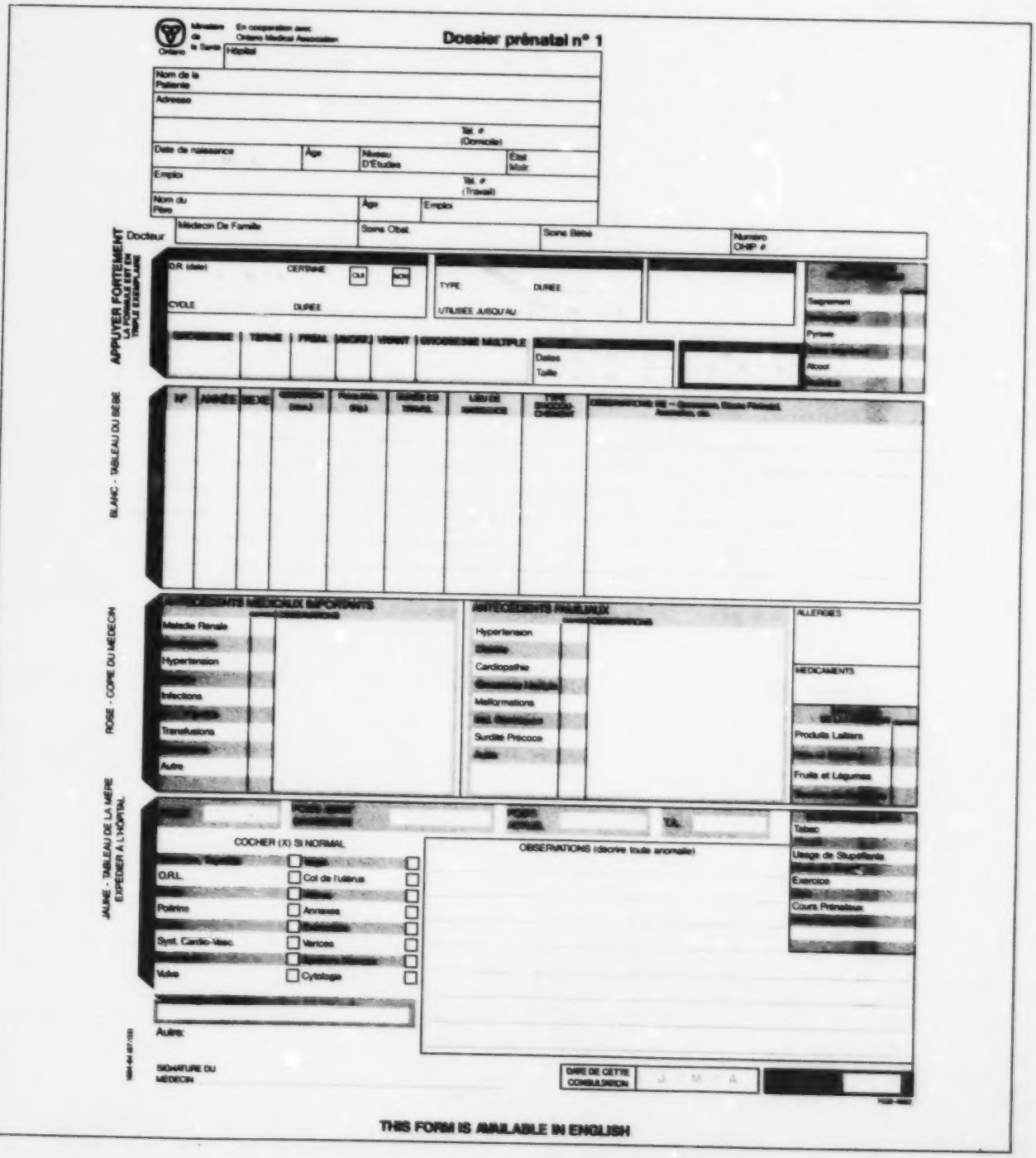
Épreuve	EXPT n	EXPT (%)	CTRL n	CTRL (%)	Ratio de probabilité (95 % CI)
Van Veelen AJ et al. (1989)	8/89	(8,99)	13/90	(14,44)	0,59 (0.24-1,47)
Van Dorsten JP et al. (1981)	7/25	(28,00)	17/23	(73,91)	0,17 (0.05-0,51)
Hofmeyr GJ (1983)	6/30	(20,00)	13/30	(43,33)	0,35 (0.12-1,02)
Mahomed K et al. (1991)	13/103	(12,62)	35/105	(33,33)	0,31 (0.16-0,60)
Brocks V et al. (1984)	7/31	(22,58)	12/34	(35,29)	0,55 (0.19-1,58)
RATIO DE PROBABILITÉ TYPIQUE (Intervalle de confiance de 95 %)					**0,36** (0.24-0,54)

Graphique des ratios de probabilité et des intervalles de confiance



Dossier prénatal de l'Ontario

Annexe VIII



Ministère de la Santé Ontario — En coopération avec Ontario Medical Association

Dossier prénatal n° 1

Hôpital

Nom de la Patiente

Adresse

Tél. # (Domicile)

Date de naissance | Âge | Niveau D'Etudes | État Matr.

Emploi | Tél. # (Travail)

Nom du Père | Âge | Emploi

Docteur | Médecin De Famille | Soins Obst. | Soins Bébé | Numéro OHIP #

APPUYER FORTEMENT POUR QUE L'ENCRE PÉNÈTRE EN TROIS EXEMPLAIRE

D.R. (date) | CERTAINE | OUI | NON | TYPE | DUREE | CYCLE | DUREE | UTILISEE JUSQU'AU

GRAVIDITE | TERME | PREM. | AVORT. | VIVANT | GROSSESSE MULTIPLE | Dates | Taille | Segment | Pyrose | Alcool

BLANC - TABLEAU DU BEBE

N° | ANNEE | SEXE | Gestation (sem.) | Poids (lb) | Mode du travail | Lieu de naissance | Type accouch. Obstétr. | Observations (NB – Convulsions, Soins Prénatal, Anomalies, etc.)

ROSE - COPIE DU MEDECIN

ANTECEDENTS MEDICAUX IMPORTANTS

Maladie Rénale

Hypertension

Infections

Transfusions

Autre

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Hypertension

Diabète

Cardiopathie

Mélformations

Surdité Précoce

Autre

ALLERGIES

MEDICAMENTS

Produits Laitiers

Fruits et Légumes

JAUNE - TABLEAU DE LA MÈRE EXPEDIER A L'HÔPITAL

POIDS (avant grossesse) | POIDS ACTUEL | Tà.

Tabac

Usage de Stupéfiants

Exercice

Cours Prénataux

COCHER (X) SI NORMAL

OBSERVATIONS (décrire toute anomalie)

		Seins	
O.R.L.		Col de l'utérus	
Poitrine		Annexes	
		Rectum/Selles	
Syst. Cardio-Vasc.		Varices	
		Système Nerveux	
Vulve		Cytologie	

Autre:

SIGNATURE DU MEDECIN

DATE DE CETTE CONSULTATION | J | M | A

1981-82 87/100

THIS FORM IS AVAILABLE IN ENGLISH

Ministère de la Santé
Ontario

En coopération avec
Ontario Medical Association

Dossier prénatal n° 2

Nom de la Patiente

Adresse

Médecins

APPUYER FORTEMENT
LA FORMULE EST EN TRIPLE EXEMPLAIRE

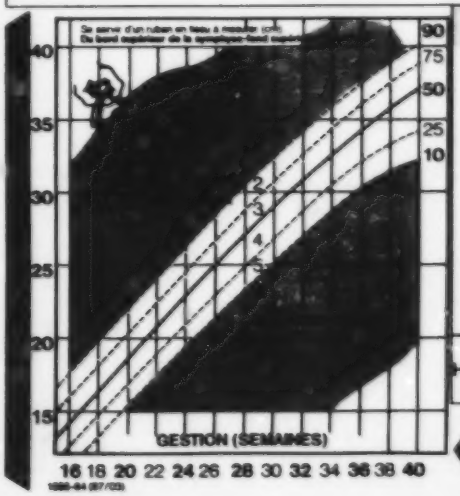
BLANC - TABLEAU DU BEBE

ROSE - COPIE DU MEDECIN

JAUNE - TABLEAU DE LA MERE
EXPEDIER À L'HÔPITAL

DATE	POIDS (Kg/Lb)	HAUTEUR UTERINE	BRUITS DU CŒUR	MOUVEMENTS FOETAUX	POULS PIEDS	OF	URINE Alb.	Gl.	Ac.	TA	Heure de Visite	LABO.

AUTRES OBSERVATIONS



1990-44 (87/03)

Examen Laboratoire et Résultats D'Analyses Antérieurs

HBAgS

ALPHA FOETO PROT.

Prendre la mesure symphyse-fond supérieur de l'utérus lors de chaque consultation prénatale et enregistrer les résultats sur le graphique ci-contre.

Nutrition
Hygiène
Repos
Voyages
Accouchement Prematuré
Soins des Seins
Anes., Méd.
Type D'Accouchement
Père à L'Accouchement
Allaitement au Sein
Cohabitation
Circoncision
Congé Précoce
Sécurité Routière
Obstétricien
Pédiatre
Compte du Nombre
Dénombrement Foetal

SIGNATURE DU MEDECIN

7530-4660

THIS FORM IS AVAILABLE IN ENGLISH

GUIDE DE CLASSIFICATION DES DANGERS EN COURS DE GROSSESSE

Lors de chaque consultation prénatale, veuillez évaluer le danger (pour la mère et le fœtus) selon le système de classification suivant. Les facteurs ou troubles qui présentent un danger et qui sont énumérés ci-dessous ne sont donnés qu'à titre d'exemple. Des espaces sont laissés en blanc pour vous permettre de consigner d'autres troubles que vous aurez décelés. Le système de classification suivant a été conçu pour vous aider à planifier les soins à donner à votre patiente

Pas de danger prévisible

- ☐ PAS D'ANTECEDENT DE MORTALITE PERINATALE NI D'ENFANT SOUFFRANT DE RETARD DE CROISSANCE À LA NAISSANCE
- ☐ PAS DE MALADIE IMPORTANTE
- ☐ PAS DE COMPLICATIONS MAINTENANT, NI AU COURS DE GROSSESSES ANTERIEURES (saignement, hypertension, accouchement prématuré)
- ☐ LE DEVELOPPEMENT DU FŒTUS SEMBLE NORMAL

GROSSESSE À RISQUE

Le fœtus et/ou la mère peuvent courir un danger et vous devez envisager de consulter un obstétricien dans votre région. De plus, il se peut que vous deviez consulter un interniste. (La patiente peut se faire suivre simultanément par plus d'un médecin et accoucher dans un service d'obstétrique dispensant des soins courants OU elle peut être réorientée vers son médecin à qui on aura suggéré un programme de soins jusqu'à l'accouchement.)

- ☐ DIABÈTE, CLASSE A (EN COURS DE GESTATION) OU CLASSE B
- ☐ HYPERTENSION SANS TOXÉMIE
- ☐ HÉMORRAGIE ANTEPARTUM, TERMINÉE, ET PATIENTE ADMISE
- ☐ INSUFFISANCE DU COL
- ☐ HYDRAMNIOS
- ☐ DÉPASSEMENT DU TERME (42 semaines +)
- ☐ ANTECÉDENTS DE MORTALITÉ INTRA-UTÉRINE OU DE DÉCÈS NÉO-NATAL OU D'ACCOUCHEMENT PREMATURÉ
- ☐ OBÉSITÉ MATERNELLE (20% > poids corporel idéal)
- ☐ USAGE IMPORTANT DU TABAC, DE L'ALCOOL, DE STUPÉFIANTS
- ☐ IMMUNISATION RHÉSUS
- ☐ RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES 34 SEM. OU PLUS
- ☐ AUTRES MALADIES MÉDICALES IMPORTANTES
- ☐ MALADIE RÉNALE SANS HYPERTENSION
- ☐ LÉGÈRE TOXÉMIE
- ☐ TRAVAIL PRÉMATURÉ CONTRÔLÉ
- ☐ GROSSESSE MULTIPLE
- ☐ PRÉSENTATION PAR LE SIÈGE AU-DELÀ DE 36 SEMAINES
- ☐ PRIMIPARE (35 ans +)
- ☐ ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIE D'ORIGINE GÉNÉTIQUE (amniocentèse ou consultation génétique nécessaire)
- ☐ ANÉMIE NE RÉAGISSANT PAS AU FER (< 10 g)
- ☐ PRISE DE POIDS (< 10 lb au bout de 30 semaines)
- ☐ MULTIPARE (> 5)
- ☐ GROS POUR LES DATES
- ☐ CHIRURGIE ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS, Y COMPRIS CÉSARIENNE
- ☐ .....

GROSSESSE PRÉSENTANT UN GRAND RISQUE

Il s'agit d'une grossesse si compliquée que le fœtus et/ou la mère sont manifestement en danger. Si possible, la patiente doit être dirigée vers le centre périnatal régional (niveau III) pour y recevoir des soins intensifs et y accoucher. Il ne fait aucun doute que certaines patientes devraient être classées dans ce groupe (celles qui éprouvent des troubles comme des saignements excessifs avant l'accouchement, une procidence du cordon, ou un travail prématuré hâtif sans contrôle, mais ne peuvent être transférées en toute sécurité ou à temps pour que la mère ou le fœtus puissent en bénéficier.

- ☐ DIABÈTE, CLASSE C, D, F, R, OU PRÉSENTANT DES COMPLICATIONS IMPORTANTES
- ☐ MALADIE RÉNALE AVEC HYPERTENSION ± ↓ FONCTION
- ☐ RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES (± SEPTICÉMIE) ★
- ☐ SAIGNEMENT CONTINU OU RÉPÉTÉ AVANT L'ACCOUCHEMENT ★
- ☐ ANOMALIE DU FŒTUS .....
- ☐ .....
- ☐ HYPERTENSION ACCOMPAGNÉE DE TOXÉMIE
- ☐ TRAVAIL PRÉMATURÉ NON CONTRÔLÉ QUI DÉBUTE TÔT ★
- ☐ GRAVE INTERRUPTION DU DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS (< 10e percentile)
- ☐ CARDIOPATHIE, SURTOUT AVEC INSUFFISANCE CARDIAQUE
- ☐ OLIGO-HYDRAMNIOS .....
- ☐ .....

★ Âge de la grossesse: 24 - 34 semaines

Deux troubles mineurs ou plus peuvent se combiner de sorte que la grossesse présente un grand risque. Si un tel cas se présente, il est possible que la patiente doive être placée dans une catégorie correspondant à un risque plus élevé.

Directives pour le déclenchement du travail

Annexe IX

Source : ***Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada,***
volume 11,
numéro 7, décembre 1989

De la part du comité de la médecine foetale/ maternelle de la SOGC

Définition

Le commencement des contractions utérines provoqué par des moyens médicaux ou chirurgicaux en vue de délivrer l'enfant.

Observations générales

1. Il est reconnu que le déclenchement du travail comporte certains risques manifestes à la fois pour la mère et l'enfant.
2. Lorsque le déclenchement est envisagé, il est important que le médecin traitant tienne compte de l'endroit qui offrirait les meilleures conditions pour le travail, l'accouchement, les soins néonatals et dans le postpartum, et réfère la patiente si cela est recommandable.
3. La méthode de déclenchement utilisée partout est l'administration intraveineuse de l'ocytocine.
4. Le déclenchement par la prise orale de prostaglandine comporte un danger égal sinon plus grand que l'ocytocine.

Installations recommandées pour un déclenchement du travail sans risque

1. Un endroit réservé au travail et à l'accouchement qui est proprement équipé, avec l'oxygène et la succion à portée de la main.
2. Un personnel infirmier proprement formé dans la zone du travail/d'accouchement et disponible pour assurer des soins infirmiers 1:1.
3. Une salle d'opération où il est possible de pratiquer l'opération césarienne durant le déclenchement.
4. Le personnel disponible à bref délai dans la salle d'opération durant le déclenchement.
5. La surveillance ininterrompue de la fréquence cardiaque du foetus.
6. Une pompe à administration constante lorsque l'agent de déclenchement est l'ocytocine.
7. Le matériel de laboratoire ainsi que le sang disponible en cas de besoin pour la transfusion.

Indications

Lorsque la conservation du bien-être du bébé ou de la mère rend l'accouchement recommandable ou nécessaire comme cela risque de se produire dans les situations cliniques ci-après:

1. Troubles hypertensifs de la grossesse.
2. Allo-immunisation à Rh.
3. Rupture prématurée des membranes.
4. Diabète sucré.
5. Post-maturité : dans les cas désignés lorsque la durée de gestation dépasse 42 semaines.
6. Retard de croissance intra-utérine.
7. Chorioamnionité.
8. Constatations anormales de la surveillance foetale, telles que la diminution des mouvements foetaux, l'oligohydramnios, l'aspect anormal de la fréquence cardiaque, ou autres risques de danger foetal possible. Tributaires de la gestation.

Contre-indications

A. Formelles

1. Orientation transverse.
2. Disproportion céphalo-pelvienne complète.
3. Placenta praevia.
4. Présence d'une cicatrice utérienne sauf en cas d'une seule cicatrice de l'opération césarienne sur le segment transverse inférieur.
5. Herpès génital en activité.
6. Cancer invasif du col de l'utérus.

B. Relatives

1. Grande multiparité[5].
2. Sommet non fixé dans le bassin.
3. Col de l'utérus adverse.
4. Présentation par le siège.
5. Surdistension de l'utérus, par ex. polyhydramnios ou grossesse multiple.

Politique

1. Il est conseillé d'obtenir une consultation, de préférence avec un obstétricien, ou, à défaut d'un spécialiste, avec un autre omnipraticien. Avant de commencer le déclenchement, l'indication de celui-ci doit être documentée clairement sur le diagramme de la patiente. Il faut expliquer à la patiente les conséquences du déclenchement.

2. Dans les hôpitaux qui ne possèdent pas de services immédiats permanents pour la chirurgie et l'anesthésie, le personnel concerné pourrait être informé avant le commencement du travail, et également être tenu au courant de son progrès.

3. Une infirmière autorisée enregistrée, qui connaît les effets des agents de déclenchement et capable de déceler les complications touchant à la fois la mère et le foetus, doit être présente pendant toute la durée du travail.

4. Une fois que le travail a commencé, il ne faut pas l'interrompre sauf en cas de raisons médicales valables.

5. Peu avant d'entreprendre le déclenchement du travail, il faut procéder à un examen de l'abdomen et du bassin.

6. Il faut évaluer la patiente et le progrès du déclenchement au moins toutes les deux heures et inscrire les constatations sur le diagramme.

7. Durant le déclenchement, un médecin doit être disponible sans délais et capable de venir sur simple appel téléphonique à l'endroit où le travail/l'accouchement à lieu, le cas échéant.

8. Avant le déclenchement, il faut tenir un enregistrement de surveillance de départ pendant 20 minutes en ce qui concerne les contractions utérines et la fréquence cardiaque du foetus.

9. Il est souhaitable de continuer à surveiller la fréquence cardiaque du foetus et les contractions utérines pendant toute la durée du travail.

10. Il faut enregistrer toutes les 15 minutes le pouls, la tension artérielle et les contractions utérines de la mère (fréquence, durée, qualité) et la fréquence cardiaque du foetus. On doit faire un graphique de l'évolution du travail, y compris la dilatation du col de l'utérus et de la descente de la présentation sur un partogramme.

11. Il faut donner aux patientes des liquides clairs uniquement au cours du déclenchement, et il faut enregistrer avec précision la prise et l'évacuation à des intervalles de 60 minutes.

Démarches en cas de déclenchement par ocytocine intraveineuse

1. L'ocytocine est administrée par injection intraveineuse au moyen d'une pompe à perfusion continue selon un protocole acceptable comme celui qui est décrit ci-après.

2. Durant le déclenchement, on doit avoir à disposition dans l'unité de travail/accouchement une table de conversion détaillée qui donne l'équivalent en **milliunités de l'oxytocine par minute** ou toute autre expression de volume ou de taux de la perfusion qui se rattache au matériel spécifique dont on se sert. La pratique médicale et celle des soins infirmiers reconnaît seulement la dose indiquée par unité de temps comme terminologie acceptable pour l'administration de tout produit pharmaceutique, y compris l'oxytocine.

3. Une perfusion intraveineuse de 500 ml de lactate de Ringer (L/R) ou de solution salée normale (S/N) au moyen d'une intrasonde de calibre 18, est mise en place sur le bras de la patiente à un endroit qui n'empêche pas la mobilité de celui-ci. L'ocytocine doit être administrée par une injection intraveineuse secondaire connectée à la ligne de la perfusion principale et aussi près de la première veinopuncture que possible.

4. Deux unités et demie (2,5) de l'ocytocine sont ajoutées à la solution intraveineuse de 500 ml (L/R ou S/N) et la perfusion commence à 1 – 2 milliunités (mU) par minute. D'autres concentrations de l'ocytocine et volumes de liquides de dilution, surtout ceux qui sont compatibles avec les pompes de perfusion que l'on trouve sur place, sont également acceptables. C'est la dose de l'ocytocine par unité de temps qui est très importante et non pas le liquide administré (bien qu'une surcharge de liquide doit être évitée). Ce point concernant les autres concentrations acceptables s'applique aussi aux alinéas 5 c) et d).

5. Si les contractions sont amorcées par la dose de départ mais ne s'avèrent pas encore tout à fait satisfaisantes, attendre 15 minutes et ensuite :

a) Maintenir la dose régulière si les contractions sont satisfaisantes.

b) Augmenter la dose de 1 à 2 mU/min. toutes les 15 minutes si les contractions ne sont pas satisfaisantes (c.-à-d. irrégulières ou mal supportées).

c) À défaut de contractions suffisantes après administration de 10 mU/min., on peut alors augmenter la concentration de la perfusion en ajoutant 5 unités de l'oxytocine aux 500 mL de solution intraveineuse et, en commençant par 10 mU/min., on augmente le taux de l'administration de 2 à 4 mU/min. toutes les 15 minutes selon les mêmes critères.

d) Après avoir atteint le taux de 20 mU/min. on substitue une solution de 10 unités de l'ocytocine dans 500 ml et le taux de départ de 20 mU/min. est augmenté de 2 à 4 mU/min. toutes les 15 minutes selon les mêmes critères.

e) Il est inhabituel d'avoir besoin de plus de 10 – 20 mU/min. pour amorcer une activité utérine satisfaisante, et la dose normale de maintien est de 7 à 10 mU/min.

f) S'il faut plus de 20 mU/min. de l'ocytocine pour obtenir de bonnes contractions, la situation devra être réévaluée avec soin. Cependant, il n'existe pas de limite supérieure fixe quant à la dose de l'ocytocine, car la seule limite correcte est la

réaction utérine. Mais si l'on administre plus de 20 milliunités/min. de l'ocytocine, il s'agit de faire attention pour éviter l'intoxication hydrique, y compris l'emploi de solutions électrolytiques comme le lactate de Ringer et l'emploi de solutions à ocytocine concentrée pour diminuer le volume total administré.

6 Une fois que le travail est bien en cours, il est possible de considérer alors une diminution du taux de l'ocytocine administrée. Cependant, l'aspect régulier des contractions doit se poursuivre.

7 En cas d'altérations de la fréquence cardiaque du foetus, il faut cesser immédiatement la perfusion, mettre la patiente sur son coté gauche, et lui administrer de l'oxygène en appliquant le masque sur son visage. Son médecin traitant devrait en être informé sans délai.

8 Si l'on remarque des contractions tétaniques (5 et plus toutes les 10 minutes ou contractions qui durent plus de 90 secondes), il faut alors cesser la perfusion de l'ocytocine et avertir immédiatement le médecin traitant.

9 Après l'accouchement, il s'agit de continuer la perfusion de l'ocytocine de 20 unités dans 500 ml L/R ou S/N à 100 - 125 ml/h pendant 3 heures au moins pour empêcher l'atonie utérine.

Déclenchement du travail par chirurgie

1 L'amniotomie semble toujours être la méthode primaire de déclenchement par chirurgie. **La perfusion de l'ocytocine amorcera très probablement des contractions utérines effectives après amniotomie.**

2 Cette méthode a le plus de chances d'être efficace quand :

a) Le col de l'utérus est favorable.
b) La présentation se fait par le sommet qui est bien mis sur le col de l'utérus.

3 Risques concomitants :

a) Prolapsos du cordon si la présentation est trop haut et mal mise sur le col de l'utérus.
b) Réduction soudaine du volume utérin à cause de l'échappement de grosses quantités de liquide, qui risque de prédisposer au décollement prématuré du placenta.
c) Engagement de la patiente quant au mode de l'accouchement, car si le déclenchement ne réussit pas, elle devra alors subir une opération césarienne.
d) Dans les cas de polyhydramnios connu, les risques des alinéas a) et b) augmentent.

L'emploi de gels de la prostaglandine qui l'on applique l'intérieur du vagin et du col de l'utérus pour faciliter le déclenchement du travail fera l'objet d'un article futur.

Directives propres à l'administration cervicale et vaginale des prostaglandines pour le déclenchement du travail

Annexe X

Source : ***Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada,*** **volume 12, numéro 4, mai 1990**

D.J.S. Hunter, M.B., FRCS(C)
Professeur
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université McMaster

Du comité de médecine maternelle/foetale de la SOGC

Il n'y a rien de plus démoralisant qu'un travail prolongé aboutissant à une opération césarienne, pour une patiente et pour son médecin. Cette situation se présente chez plus de 30 % des patientes dont le travail est déclenché suite à un col de l'utérus peu propice; le problème devient alors une condition clinique qui mérite une sérieuse attention.

Pourquoi les prostaglandines ?

La durée d'un travail déclenché et la nécessité d'une opération césarienne dépendent de la condition du col utérin avant le déclenchement; consulter la description conventionnelle faite par la cotation de Bishop (voir Table). Les contractions utérines à elles seules ne viennent pas à bout de la résistance d'un col de l'utérus défavorable (c'est-à-dire un col dont la cotation de Bishop est basse); l'inefficacité des contractions déclenchées à l'aide d'ocytocine pour la modification du col, même après une administration prolongée et répétée en est un exemple. Vers la fin des années 1960 et au début des années 1970, en observant que les prostaglandines utérotoniques E2 et F2∝ produisaient un ramollissement marqué du col utérin à des doses ne suffisant pas à causer des contractions utérines, on en est venu à penser que ces composés pourraient changer favorablement le col de l'utérus avant l'amorce d'un déclenchement formel du travail. Bien qu'on n'ait pas découvert de différence importante entre ces deux types de prostaglandines, il a été prouvé que la E2 était 10 fois plus utérotonique que la F2∝. Conséquemment, puisque des doses beaucoup plus faibles de PGE2 risquent moins de produire des effets secondaires systémiques, dans la majorité des études cliniques comportant des prostaglandines pour favoriser la maturation du col utérin, on utilise les PGE2.

Études randomisées

Lors de la dernière décennie, on a mené plus d'une douzaine d'études randomisées pour comparer les effets des PGE2 sous forme de gel porteur, de suppositoire ou de comprimé, et appliquées au cul-de-sac de l'extrémité supérieure du vagin, à doses de 1 à

5 mg.[1] L'expérience la plus importante : une dose de 0,5 mg de PGE2 contenue dans un gel de triacétine introduit dans le canal cervical à l'aide d'un petit cathéter. On a soumis plus de 1 400 femmes à des études randomisées,[2-5] dont 442, au Canada.[3-5]

La découverte commune de ces études : plus de 50 % des patientes subissent un déclenchement par le gel PGE2 administré soit par voie intravaginale soit par le canal cervical. De plus, chez les patientes dont le travail n'est pas déclenché par le gel PGE2, on signale une augmentation marquée de l'efficacité subséquente du déclenchement par ocytocine, sans preuve d'effets indésirables sur l'état du nouveau-né mesuré par les indices d'Apgar, ni de morbidité néonatale. On rapporte, d'après trois études,[6-8] une diminution importante de patientes qui n'ont pas réussi à accoucher 12 heures après un déclenchement. Cependant, les études canadiennes n'ont montré aucune différence statistique quant à l'intervalle de temps de l'accouchement déclenché, entre le groupe traité par PGE2 et celui qui a subi la méthode du placebo. La moyenne de temps mis pour l'accouchement a respectivement été de 10,2 et de 11,6 heures.

Bien qui le taux global d'opération césarienne pour les patientes traitées par PGE2 semble légèrement plus bas que celui des patientes recevant le placebo, cette diminution n'est pas importante du point de vue statistique.[1] Pour ce qui est de l'étude canadienne, 27,6 % des patientes traitées à l'aide du gel PGE2 ont connu un accouchement par opération césarienne, contre 33,5 % de celles à qui on a appliqué la méthode du placebo. De plus, selon toutes les études signalées, il semble qu'il y ait une tendance générale à un besoin accru d'opération césarienne, lors de la période de maturation du col utérin; 7 % par rapport à 1,3 % dans le groupe de placebo,[1] besoin qui, cependant, se trouve compensé par la diminution du besoin d'une opération césarienne, lors du travail. Voici l'importance clinique de cette observation : la période de maturation suppose l'augmentation du risque et nécessite donc, une supervision prudente et adéquate.

D'autre méthodes ?

Bien que l'administration des comprimés de PGE2 par voie orale favorise le déclenchement du travail, quelques études randomisées lors desquelles l'administration par voie orale est comparée au placebo ou au traitement conservateur, prouvent que ce n'est pas particulièrement la méthode efficace pour la maturation du col de l'utérus.[1] En outre, puisque cette administration doit être répétée fréquemment et pendant plusieurs heures, et que les perturbations gastro-intestinales sont relativement fréquentes, elle ne constitue probablement pas une préparation adéquate pour la maturation d'un col défavorable.

L'usage des laminaires et des sondes de Foley est encore indiqué avant le déclenchement du travail, lorsque le col utérin est défavorable. Selon certaines études, la comparaison de ces dispositifs par rapport aux prostaglandines suggère qu'ils sont moins efficaces que les PGE2 en ce qui concerne leur faculté de changer favorablement le col et de déclencher le travail.[1]

Table

La «cotation pelvienne» de Bishop pour l'évaluation de la maturation du col utérin.[9]

Critère	Nombre de points accordés			
	0	1	2	3
Dilatation du col (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Effacement du col (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Consistance du col	ferme	moyenne	molle	
Position du col	postérieure	centrale	antérieure	
Position debout (par rapport à l'épine dorsale)	3 cm au-dessus	2 cm au-dessus	1-0 cm au-dessus	1-2 cm au-dessous

Conclusion

Afin d'obtenir le meilleur effet de la dose de PGE la plus faible, on devrait l'appliquer au canal cervical au moyen de gel. Une préparation bientôt adoptée (PrépidilGel, Upjohn Co.) contient 0,5 mg de PGE2 dans 2,5 ml de gel de triacétine, et sa conception permet l'application intracervicale. Contrairement aux gels que préparent actuellement les pharmacies d'hôpitaux, cette préparation est stable et normalisée. Elle devrait donc remplacer tous les gels de «fabrication maison». La dose maximale de PGE2 est de 3 mg lorsqu'elle est administrée par voie intravaginale, ce qui équivaut à 15 ml de la préparation endocervicale; un volume qui ne serait pas facilement maintenu dans le vagin.

Patientes autorisées

Voici les critères qui précèdent la maturation:

1. Une bonne indication médicale de déclenchement du travail;
2. La cotation de Bishop indiquant 5 ou moins;
3. Femme enceinte (1re ou 2e fois);
4. Aucune chirurgie préalable de l'utérus;
5. Aucune administration d'agent d'ocytocine (ni application préalable de gel PGE2 ou d'ocytocine);
6. Aucune contre-indication d'accouchement par voie vaginale.

(L'asthme ne constitue pas une contre-indication.)

Étape préalable à l'insertion du gel

La patiente devrait être dans la salle de travail, et le coeur du foetus, sous télésurveillance pendant 30 minutes avant l'insertion du gel. Ce dernier ne doit pas être inséré advenant le cas évident d'une souffrance foetale. Ce n'est pas nécessaire d'établir une perfusion intraveineuse.

Insertion du gel

L'insertion du gel se fait sous observation directe à l'aide d'un spéculum vaginal. Le cathéter, joint à la seringue remplie au préalable, s'insère doucement dans le canal cervical jusqu'à la rencontre des membranes, et à ce moment-là, le cathéter en est retiré de 1/2 cm, et le gel est doucement injecté dans le canal cervical.

Étape postérieure à l'insertion du gel

La fréquence cardiaque du foetus devrait être télésurveillée pendant une heure après l'insertion du gel. La patiente peut retourner à la salle d'obstétrique, pourvu que le coeur du foetus soit dans un état normal et que le travail n'ait pas débuté.

Il faut recommencer le monitorage du foetus dès le début du travail.

L'administration de l'ocytocine

pour le déclenchement du travail ne peut se faire que six heures après l'insertion du gel. Cependant, son administration doit être indiquée cliniquement pour l'augmentation du travail. Si c'est nécessaire, on peut traiter l'hypertonie en essuyant le vagin à l'aide d'un tampon imbibé d'une solution saline et en administrant une Ritodrine par voie intraveineuse.

Autres considérations

Des études cliniques conduites adéquatement n'ont pas encore permis l'évaluation de la préparation susmentionnée pour les patientes qui ont déjà subi une opération césarienne, ou qui ont connu une rupture spontanée des membranes, ou encore pour le déclenchement d'un accouchement par le siège. Il est donc difficicile, actuellement, de la recommander fermement dans de telles situations. De la même façon, on n'a toujours pas fait de recherche complète quant à l'application répétée du gel, si la première fait défaut de déclencher le travail ou de faire mûrir le col utérin. Toutefois, on ne contre-indique pas les tentatives réitérées pour la maturation du col utérin, pourvu que les applications soient pratiquées seulement à intervalles de six heures, et que le foetus soit prudemment télésurveillé, comme on le décrit ci-dessus, à chacune des tentatives de maturation.

Dans la majorité des cas, on insère le gel tard dans la soirée. Plus de 50 % des patientes commencent leur travail, et environ 40 % accouchent dans les 12 heures qui suivent l'insertion du gel; on se demande si une administration en soirée est appropriée. Chaque département devra évidemment évaluer le temps le plus opportun pour l'insertion de ce gel, selon le contexte.

Résumé

L'expérience la plus importante dans le cadre de ces études randomisées lors desquelles on s'est servi du gel PGE2 pour la maturation du col de l'utérus défavorable, est celle où on a administré 0,5 mg de PGE2 contenu dans 2,5 ml de gel de Triacétine. Cette préparation stable (PrépidilGel, Upjohn Co.) est maintenant sur le circuit commercial; ce qui rend inutiles les préparations «de fabrication maison» dans les pharmacies d'hôpitaux. Malheureusement, il semble y avoir une mince diminution du taux élevé d'opération césarienne chez les patientes, et une légère augmentation quoique significative de la nécessité d'une opération césarienne pendant la période de maturation. Les patientes dont le col utérin est défavorable et pour qui un déclenchement du travail s'impose, doivent être choisies avec prudence, même si on fait usage du gel; et une supervision prudente doit se prolonger jusqu'à la période de maturation et ne pas se limiter à la période de déclenchement du travail. La libéralisation du déclenchement du travail chez les patientes qui offrent un col de l'utérus défavorable résulte de l'accessibilité au gel de prostaglandines, et aboutira à une augmentation considérable du nombre d'interventions obstétriques inutiles, y compris des opérations césariennes.

Références

1. Keirse MJNC, Oppen ACC. Preparing the cervix for induction of labour. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Vol. 2, 988-1056, 1989.
2. Noah MI, De Coster JM, Fraser TJ, Orr JD. Preinduction cervical softening with endocervical PGE2 gel. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66 : 3-7.
3. Bernstein EP, Gauthier RJ, King JF, Hunter DJS, Jasmin Y, Manning FA et al. Prostaglandin E2 gel for cervical ripening and labour induction: a Canadian multi-centre placebo controlled trial. Unpublished Data: submitted for publication. 1989.
4. Cabrol D, Bernard N, Chouraqui A, Domenichi Y, Lemaire P, Lopes P, et al. Maturation du col uterin a terme par application unique d'un gel de prostaglandine E2 intracervical. *J Gynecol Obstet Biol* Reprod (in press), 1989.
5. Nimrod C, Currie J, Yee J, Dodd G, Persaud D. Cervical ripening and labor induction with intracervical triacetin base prostaglandin E2 gel: a placebo-controlled study. *Obstet Gynecol* 1984; 64 : 476-480.
6. Wingerup L, Andersson KE, Ulmsten U. Ripening of the uterine cervix and induction of labour at term with prostaglandin E2 in viscous gel. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1978; 57 : 403-406.
7. Keirse MJNC, Kanhai HHH, Verwey RA, Bennebroek Gravenhorst J. European multi-centre trial of intracervical PGE2 in triacetin gel: report on the Leiden data. In : The role of prostaglandins in labour. Wood C (ed). London: *Roy Soc Med Services Limited* 1985; 93-100.
8. Bung P, Baer S, Djahanschadi D, Huch R, Huch A, Huber JF, Estermann P, Beguin F, Delaloye F, Germond M, Bossart H, De Grandi P, Pfister A, Ehrsam A, Haller U. Multizentrische Erfahrungen bei intrazervikaler Applikation eines neuen PGE2 gels bei Geburtseinleitung. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1986; 46 : 93-97.
9. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* 1964; 24 : 266-268.

Partographe du travail

Annexe XI

Cervicographe

Le tableau XI.1 représente le cervicographe publié en 1972 par Philpott et Castle. Ce graphique devait être utilisé pour les femmes primigestes dont la dilatation du col de l'utérus est d'au moins 3 cm à leur admission à l'hôpital. La ligne d'alerte joint les points représentant une dilatation de 1 cm au temps 0, c'est-à-dire à l'admission, et une dilatation complète (10 cm) neuf heures plus tard, soit un rythme de 1 cm par heure.

La ligne d'alerte se veut simple et efficace. Elle vise à distinguer entre la forte proportion de femmes ayant un travail normal et celles ayant un travail anormal, ce qui donne le temps de transporter dans un établissement central celles qui ont besoin de soins spécialisés.

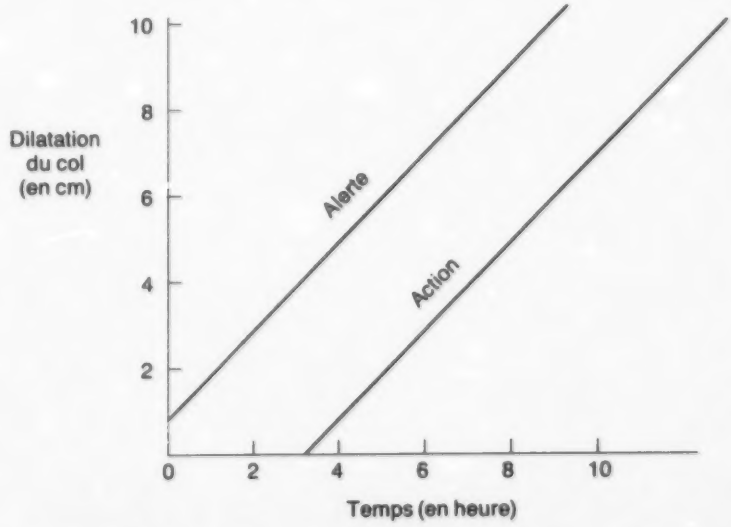
Partographe de l'OMS

Le tableau XI.2 montre le partographe préconisé par l'Organisation mondiale de la Santé. Comme les autres, ce partographe est essentiellement une représentation graphique des diverses étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comprend trois éléments.

- la surveillance du foetus
- la surveillance de la progression du travail
- la surveillance de la mère

Il peut être utilisé pour tous les accouchements à hôpital. À la périphérie, il ne serait utilisé que pour les cas à faible risque dans lesquels on s'attend à un accouchement spontané par les voies naturelles. Les patientes à haut risque

Tableau XI.1



Source : Philpott, R.H. & Castle, W.M. Cervicographs in the Management of Labour in Primigravidae, *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*. (1972), 79:592-598.

Tableau XI.2

WHO/MCH/88.3
Page 8

PARTOGRAPHE

Nom ..... Géste ..... Pare ..... Hôpital No .....

Date d'admission ..... Heure d'admission ..... Rupture des membranes ..... heure

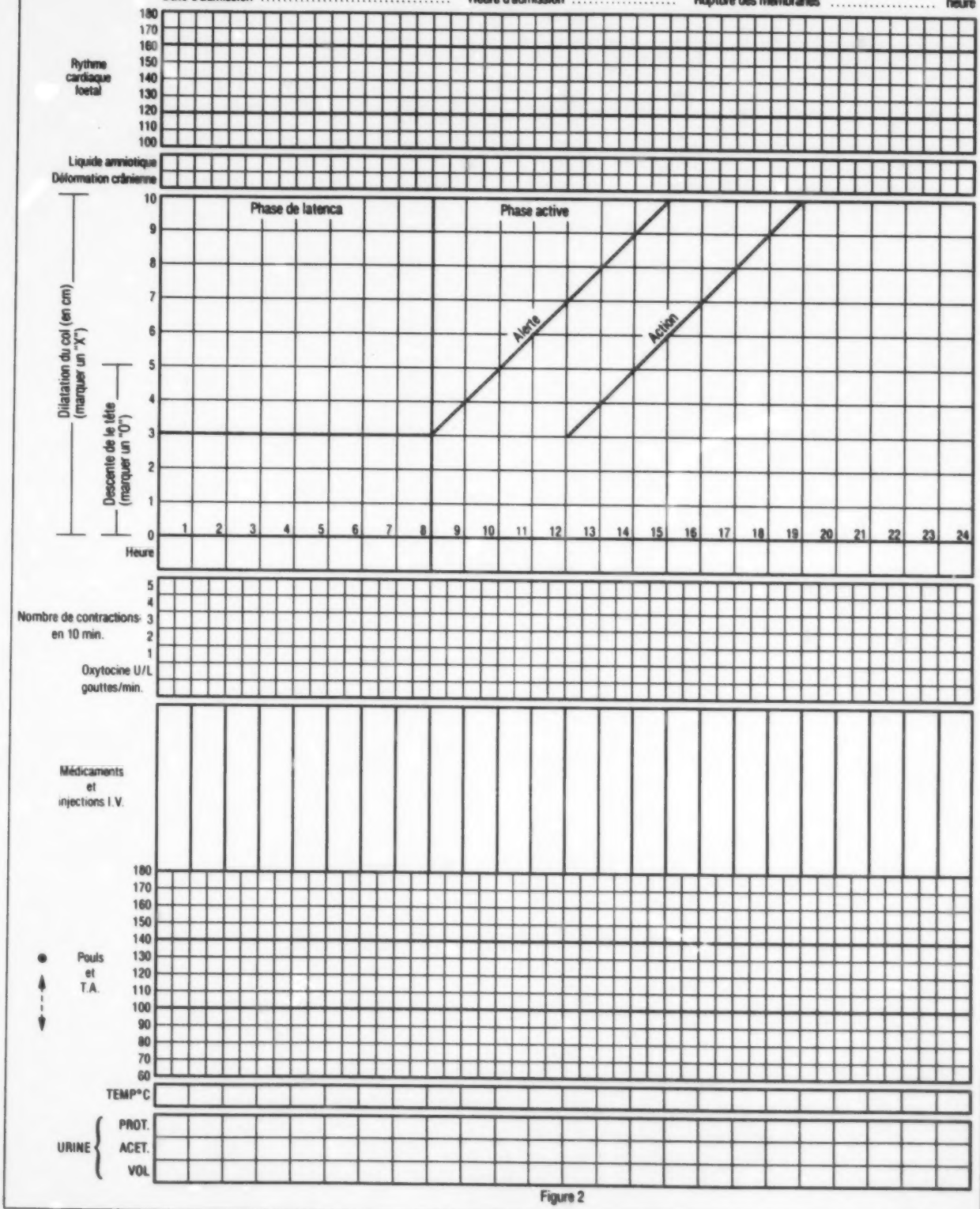


Figure 2

devraient être transportées immédiatement à l'hôpital. L'emploi du partographe ne remplace pas l'examen soigneux des femmes qui sont en travail à leur arrivée dans le service car il faut exclure les cas qui réclament des soins urgents ou un transfert immédiat. Il a pour but de faire apparaître les déviations qui peuvent se produire par rapport à la normale, à mesure que le travail avance.

Enregistrement du travail

L'essentiel, dans cette partie du partographe, est le graphique de la dilatation du col en fonction du temps, dans lequel on distingue une phase de latence et une phase active.

La phase de latence

La phase de latence du travail est celle qui va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 3 cm. Si cette phase dure plus longtemps que 8 heures et s'il y a au moins deux contractions en l'espace de 10 minutes, la probabilité s'accroît de voir surgir des problèmes. Par conséquent, si la femme se trouve dans une unité périphérique, il faut la transporter à l'hôpital; et si elle est à l'hôpital, une évaluation critique de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à adopter.

La phase active

1 Lorsque la dilatation a atteint 3 cm, le travail entre dans la phase active.

2 Chez 90 environ des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm par heure, ou plus vite encore dans la phase active.

3 La *«ligne d'alerte»* qui va de 3 à 10 cm représente ce rythme de dilatation.

Si la courbe passe à droite de cette ligne, cela veut donc dire que la dilatation est lente et que le travail est retardé. Si la femme se trouve dans une unité de santé périphérique, il faut la transporter à l'hôpital. Si elle est à l'hôpital, il faut la surveiller de plus près.

4 La *«ligne d'action»* est située à 4 heures de distance et à droite de la ligne d'alerte. Si la courbe de la dilatation franchit cette ligne, il semble souhaitable de procéder à une évaluation critique de la cause du retard et de décider des mesures à prendre pour le compenser.

Ce partographe est conçu de manière à pouvoir être utilisé en tous lieux, mais sa fonction diffère selon le niveau de soins. Dans un centre de soins périphérique, l'essentiel est d'avertir le plus tôt possible de l'allongement probable du travail et de la nécessité de transporter la patiente à l'hôpital (fonction ligne d'alerte). Dans le cadre hospitalier, tout déplacement de la courbe vers la droite de la ligne d'alerte sert à appeler l'attention sur la nécessité d'une vigilance accrue, mais c'est la ligne d'action qui marque le point critique à partir duquel il faut prendre des décisions concernant la conduite de l'accouchement.

D'autres observations d'une importance essentielle pour la surveillance de la progression du travail sont également enregistrées dans le partographe.

Il importe, en particulier, de noter d'autres éléments intéressants pour la bonne progression du travail, à savoir la descente de la tête du foetus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine.

L'état du foetus est soigneusement noté sur le partographe grâce à l'observation régulière de rythme cardiaque et du liquide amniotique.

L'évaluation régulière de l'état de la mère est obtenue en notant la température, le pouls et la tension artérielle et en procédant régulièrement à des analyses d'urine. Le partographe contient également un espace réservé à l'administration d'oxytocine si le travail se prolonge.

La façon de procéder pour remplir cette feuille est décrite en détail dans la section II du document sur le partographe intitulée «Manuel de l'utilisateur» (WHO/MCH/88.4).

Formules de contrôle à l'usage des hôpitaux pour évaluer les accouchements par césarienne

Annexe XII

Introduction

Ce système de contrôle des césariennes a été élaboré pour constituer un mécanisme complet et continu de dépistage des variations inhabituelles des taux de césariennes dans les hôpitaux. Un processus de dépistage continu permettrait, par ailleurs, de révéler les tendances de ces taux. De plus, et ceci est tout aussi important, on peut espérer que les rapports réguliers et constructifs qui seraient fournis aux hôpitaux par un système de dépistage continu encourageraient ces derniers à renforcer leur engagement envers un programme de contrôle interne de leurs taux de césariennes.

Système de contrôle des césariennes : vue d'ensemble

Cheminement des informations

Dans ce système de contrôle des césariennes, le cheminement des informations est circulaire. Chaque hôpital reçoit un système qui doit lui permettre de produire i) un rapport sommaire (voir l'exemple de rapport de contrôle des hôpitaux), réservé à l'usage de l'hôpital, et ii) un dossier des données sommaires de l'hôpital à transmettre à un organisme central. (L'organisme central serait un groupe ou un comité de personnes spécialisées dans les secteurs appropriés, notamment les statistiques.)

Le **rapport sommaire de l'hôpital** est un document important du programme de contrôle interne de chaque hôpital; il décrit l'expérience de l'hôpital relativement à diverses mesures en rapport avec l'évaluation des taux de césariennes. Par ailleurs, le rapport est accompagné d'un ensemble d'annexes qui permettent de comparer l'expérience de chacun des médecins qui pratiquent des accouchements à l'hôpital avec l'expérience de l'hôpital dans son ensemble (voir Annexes A et B). Ces comparaisons individuelles contribuent à la justesse de l'interprétation (elles sont basées sur des intervalles de confiance de 95 %) et permettent de déceler les déviations notables dans la pratique d'une personne donnée qui seraient souvent masquées dans le rapport sommaire de l'hôpital. Il est préférable de détecter et d'interpréter ces déviations au niveau de l'hôpital où on leur trouve souvent une explication évidente.

L'**organisme central** produit, à partir des données sommaires fournies par chaque hôpital, des **rapports sommaires provinciaux et régionaux**, ainsi que des rapports sommaires pour chaque type d'hôpital. Ces rapports se présentent sous une forme très semblable au rapport sommaire de l'hôpital mais ne comportent pas de données individuelles sur les médecins. Ils sont ensuite complétés par des comparaisons graphiques entre les différents hôpitaux relativement à plusieurs variables importantes (voir Taux de césariennes par type d'hôpital). Ces comparaisons entre les hôpitaux sont faites pour chaque région et pour chaque type d'hôpital.

Cet ensemble de rapports complémentaires permet de détecter les différences entre des régions entières ou entre les différents types d'hôpitaux ainsi qu'entre les hôpitaux d'une région donnée ou d'un type donné. Il est certain qu'un grand nombre des différences observées s'expliqueront très facilement; par exemple, comme un grand nombre des grossesses à risque élevé sont adressées avant l'accouchement à des hôpitaux de type III, on peut s'attendre à trouver des taux de césariennes légèrement plus élevés dans ces hôpitaux, par comparaison avec les hôpitaux de type I. D'autres variations n'auront pas d'explication évidente; il faudra alors procéder à une enquête plus approfondie pour déterminer la signification et l'importance de l'observation. Il est donc très important que ces rapports soient interprétés correctement.

Finalement, un **rapport graphique spécial est préparé à l'intention de chaque hôpital par l'organisme central.** Ce rapport se présente sous une forme semblable à celle des comparaisons entre les différents médecins (Annexes A et B). Dans ce rapport, l'hôpital particulier est comparé avec l'ensemble de la province, tous les hôpitaux de sa région et tous les hôpitaux du même type. Les comparaisons sont basées sur plusieurs variables importantes. Le rapport sert de complément au rapport sommaire original de l'hôpital parce qu'il fournit à chaque hôpital une base de comparaison. Chaque hôpital est en mesure d'examiner sa propre expérience et de la comparer avec l'expérience de la province, des hôpitaux de sa région et des hôpitaux du même type.

Mise en oeuvre du système de contrôle

Les résultats fournis par ce système de contrôle des césariennes doivent être interprétés par des personnes expérimentées aussi bien au niveau de chaque hôpital qu'au niveau de l'organisme central. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un processus de dépistage et qu'il ne peut avoir d'autre but que de déceler des variations inhabituelles. Il est évident que détecter une variation n'est pas l'expliquer. **Ce système de contrôle doit être accompagné d'instruments** qui permettent d'étudier la base des variations observées et, finalement, d'évaluer leur signification et leur importance, et de trouver une façon de modifier les facteurs responsables des taux trop élevés.

La mise en oeuvre d'un tel système de contrôle des césariennes donnera à chaque hôpital la possibilité de produire un rapport détaillé sur sa propre expérience dans le secteur des césariennes et, également, de déceler les variations inhabituelles dans la pratique des médecins individuels. Par ailleurs, des rapports réguliers en provenance de l'organisme central fourniront aux hôpitaux des informations courantes à partir de différentes perspectives.

Aux fins de mise en oeuvre de ce système de contrôle, chaque hôpital recevra les programmes informatisés et les formules de collecte des données nécessaires (voir Programmes informatiques requis, Formule type de collecte des données sur l'hôpital et Formule type de collecte de données sur les médecins) qui varieront suivant que l'hôpital tient ou non un fichier informatisé des accouchements. Tout en facilitant les choses pour chaque hôpital, cela permettra de veiller à ce que les informations en provenance de chaque hôpital soient cohérentes sur le plan du type et, si possible, de la source. Cette cohérence est essentielle si l'on veut établir des comparaisons significatives entre les hôpitaux et procéder à une globalisation valide des résultats en provenance de plusieurs hôpitaux.

Résumé

En résumé, la mise en oeuvre d'un système de dépistage tel que le présent système de contrôle des césariennes fournirait une vaste gamme d'informations pertinentes qui contribueraient à créer un milieu favorable à une amélioration des taux de césariennes.

Système de contrôle des césariennes

OBJECTIF

- Servir de processus de dépistage des variations inhabituelles entre les hôpitaux relativement aux césariennes

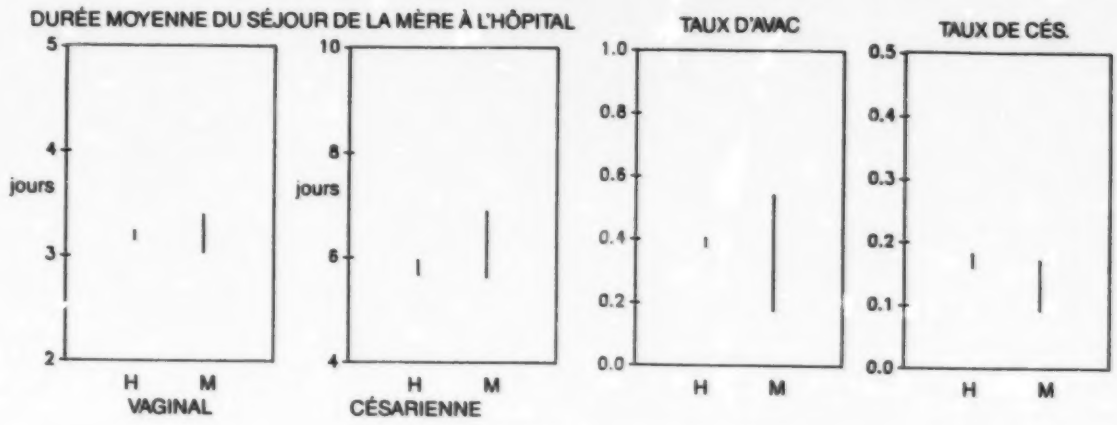
CE SYSTÈME NE PEUT PAS

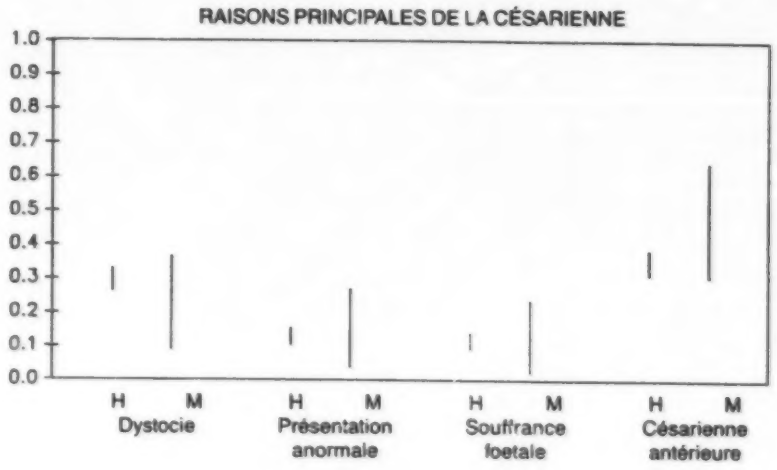
- expliquer les différences observées entre les hôpitaux

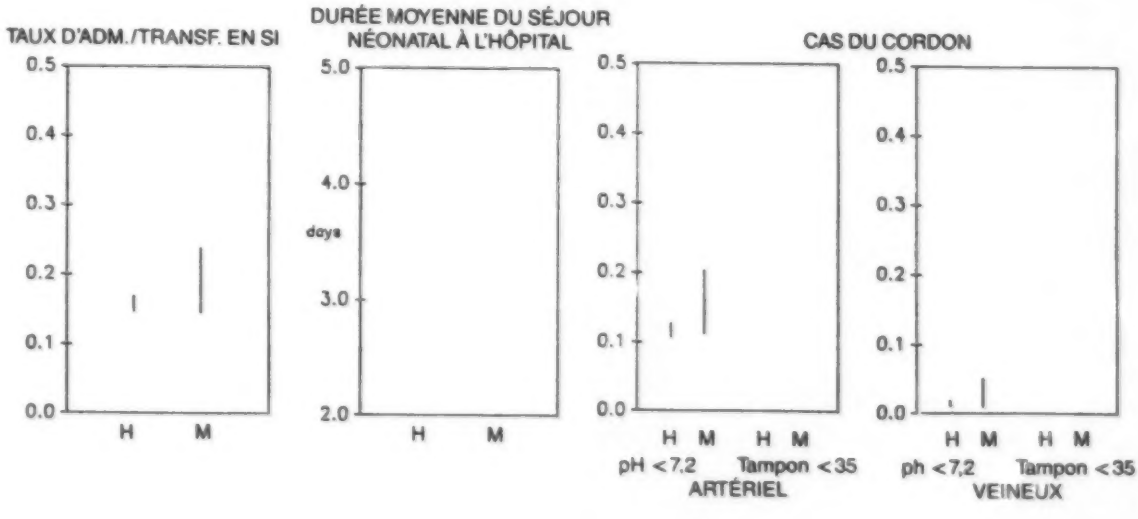
CE SYSTÈME PERMET

- à chaque hôpital de produire un rapport annuel de son processus de contrôle interne
- à chaque hôpital de comparer l'expérience des médecins pris individuellement avec celle de l'hôpital dans son ensemble
- la production de rapports sommaires pour la province, chaque région et chaque type d'hôpital
- la production de comparaisons graphiques entre les hôpitaux de chaque région et de chaque type relativement à un certain nombre de variables importantes
- la production d'un rapport pour chaque hôpital qui établit une comparaison entre son expérience et celle du reste de la région, des hôpitaux du même type et de la province

Exemple de l'exercice d'un praticien par rapport à l'hôpital







Échantillon du rapport de contrôle d'un hôpital

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

	#	%
Total des accouchements	4208	
Vaginaux	3491	83,0
Césarienne	717	17,0
Avec travail	451	10,7
Sans travail	266	6,3

	#	%
Total des naissances	4315	
Vaginales	3562	82,5
Spontanées	2473	57,3
Avec instrument	1089	25,2
Césarienne	753	17,5

jumeaux 99
triplés 4
naissances multiples ≥ 4 0
naissances < 500 gm ..... 3 (non inclus dans les statistiques)

DISTRIBUTION DE L'ÂGE MATERNEL :

	< 20		20 – 24		25 – 29		30 – 34		≥ 35	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Total/femmes enceintes	245	5,7	740	17,1	1763	40,9	1163	27,0	404	9,4
Primipares	220	11,6	477	25,1	812	42,7	325	17,1	68	3,6
Multipares	25	1,0	263	10,9	950	39,4	837	34,7	335	13,9

MORBIDITÉ MATERNELLE :
Durée moyenne du séjour à l'hôpital – acc. vag. ..... 3,2 jours
Durée moyenne du séjour à l'hôpital – cés. ..... 5,8 jours

AVAC :

	Total		1 césarienne antérieure	Plus de 1 césarienne antérieure
Accouchements avec césarienne antérieure	413			
Césarienne sans travail	177	(42,9 %)		
Épreuve du travail	236	(57,1 %)		
Accouchement vaginal	164	(69,5 %)		
Césarienne avec travail	72	(30,5 %)		

RAISONS PRINCIPALES DE LA CÉSARIENNE :

Raison	Toutes		Avec travail		Sans travail	
Dystocie	209	(29,1 %)	209	(46,3 %)		
Saignement	25	(3,5 %)	9	(2,0 %)	16	(6,0 %)
Naissances multiples	14	(2,0 %)	7	(1,6 %)	7	(2,6 %)
Siège	77	(10,7 %)	57	(12,6 %)	20	(7,5 %)
Souffrance foetale – absolue	73	(10,2 %)	54	(12,0 %)	19	(7,1 %)
Souffrance foetale – relative	86	(12,0 %)	64	(14,2 %)	22	(8,3 %)
Présentation anormale	13	(1,8 %)	11	(2,4 %)	2	(0,8 %)
Césarienne antérieure	248	(34,6 %)	71	(15,7 %)	177	(66,5 %)

ÉTAT DU FOETUS :

État	Total		Acc. vag.		César.	
	#	%	#	%	#	%
naissances vivantes	4282	99,2	3460	99,2	749	99,5
adm/transfert en soins intensifs	675	15,8	438	12,7	228	30,4
mort-nés	33	0,8	27	0,8	4	0,5
décès néonatals	33	0,8	21	0,6	11	1,5

Durée moyenne du séjour parmi les survivants non transférés en S.I. ..... 2,4 jours

INDICES D'APGAR :

	1 MINUTE						5 MINUTES					
	Total		Vag.		Cés.		Total		Vag.		Cés.	
INDICE	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0 – 3	202	4,7	125	3,6	71	9,5	53	1,2	36	1,0	14	1,9
4 – 6	411	9,5	296	8,5	109	14,5	63	1,5	42	1,2	19	2,5
7 – 10	3693	85,8	3059	87,9	571	76,0	4191	97,3	3403	97,8	718	95,6

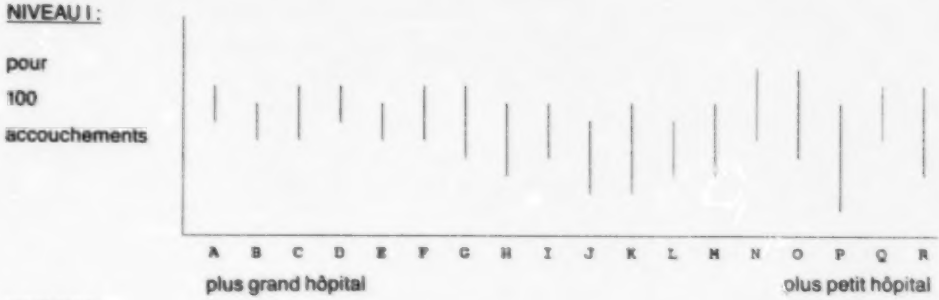
CAS DU CORDON :

État	ARTÉRIEL pH < 7,2 #	%	VEINEUX pH < 7,2 #	%
naissances vivantes	440	11,5	56	1,4
adm/transf/SI	108	19,4	36	6,1
mort-nés	0	0,0	2	100,0
décès nn	5	23,8	4	16,0

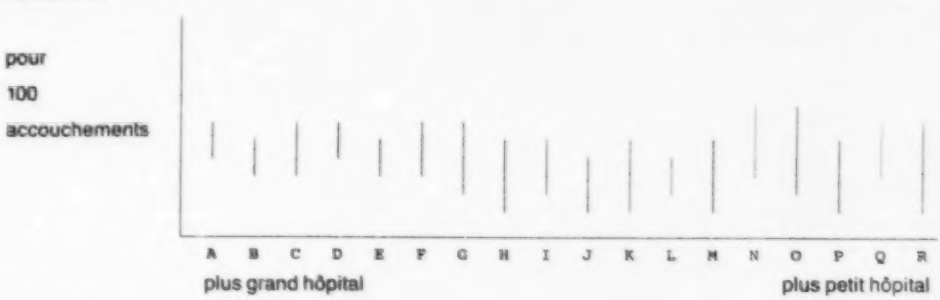
ÉTAT	ARTÉRIEL BASE TAMPON < 35 #	%	VEINEUX BASE TAMPON < 35 #	%
naissances vivantes				
Adm-transf/SI				
mort-nés				
décès nn				

TAUX DE CÉSARIENNES PAR TYPE D'HÔPITAL

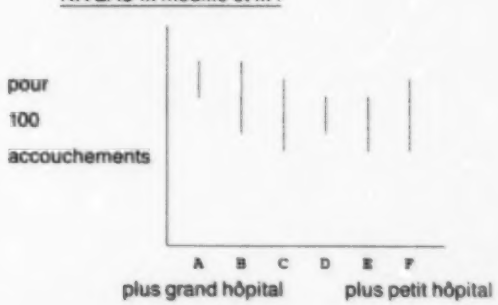
NIVEAU I :



NIVEAU II :



NIVEAU III modifié et III :



PROGRAMMES INFORMATIQUES REQUIS

Hôpitaux non informatisés	Hôpitaux informatisés
A1	A2
B	
C	C
D	D
E	E
F1	F2

FONCTIONS DU PROGRAMME :

A1 – invite les utilisateurs à enregistrer les variables du rapport sommaire de l'hôpital (voir la FORMULE TYPE DE COLLECTE DES DONNÉS SUR L'HÔPITAL)

B – permet aux utilisateurs de corriger toute erreur lors de l'entrée des données

A2 – calcule les variables du rapport sommaire de l'hôpital à partir de la base de données

C – calcule les taux et les proportions à partir des variables puis produit un rapport sommaire

D – permet aux utilisateurs de mettre à jour la liste des noms des médecins pour les annexes (voir FORMULE TYPE DE COLLECTE DE DONNÉES SUR LES MÉDECINS)

E – calcule les limites de l'intervalle de confiance pour les variables du rapport sommaire de l'hôpital utilisées dans les annexes

F1 – aide les utilisateurs à enregistrer les variables relatives aux médecins;
calcule les limites de confiance pour chaque médecin pour les annexes;
produit un fichier do données pour chaque annexe;
puis produit un fichier récapitulatif des données sommaires de l'hôpital à envoyer au ministère

F2 – calcule les variables du rapport sommaire sur les médecins à partir de la base de données;
calcule les limites de confiance pour chaque médecin pour les annexes;
produit un fichier de données pour chaque annexe;
puis produit un fichier récapitulatif des données sommaires de l'hôpital à envoyer au ministère

FORMULE TYPE DE COLLECTE DE DONNÉS SUR L'HÔPITAL

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Total des accouchements : _____

acc. vaginaux : _____
césariennes : _____
avec travail : _____
sans travail : _____

Total des naissances : _____

vaginales : _____
spontanées : _____
avec instrument : _____
césariennes : _____

de : Jumeaux _____ Triplés _____ Naissances multiples ≥ 4 _____

naissances < 500 g : _____ (NE PAS INCLURE DANS D'AUTRES STATISTIQUES)

RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE :	TOTAL	PRIMIPARES	MULTIPARES
Total	_____	_____	_____
# âgées < 20	_____	_____	_____
# âgées 20-24	_____	_____	_____
# âgées 25-29	_____	_____	_____
# âgées 30-34	_____	_____	_____
# âgées ≥ 35	_____	_____	_____

acc. vaginaux avec durée connue du séjour à l'hôpital : _____ Durée moyenne : _____ Écart : _____
césariennes avec durée connue du séjour à l'hôpital : _____ Durée moyenne : _____ Écart : _____

AVAC :	AVEC CÉS. ANTÉRIEURE	AVEC 1 CÉS. ANTÉRIEURE	AVEC > 1 CÉS. ANTÉRIEURE
# accouchements	_____	_____	_____
# cés. – sans travail	_____	_____	_____
# cés. – avec travail	_____	_____	_____
# acc. vag.	_____	_____	_____

FORMULE TYPE DE COLLECTE DES DONNÉES SUR L'HÔPITAL (Suite)

RAISONS PRINCIPALES DE LA CÉSARIENNE :

# dont la raison principale était :	TOTAL CÉS.	CÉS. AVEC TRAVAIL	CÉS. SANS TRAVAIL
Dystocie	_____		
Saignement	_____	_____	_____
Naissances multiples	_____	_____	_____
Siège	_____	_____	_____
Souffrance foetale absolue	_____	_____	_____
Souffrance foetale relative	_____	_____	_____
Présentation anormale	_____	_____	_____
Césarienne antérieure	_____	_____	_____

ÉTAT DU FOETUS :	TOTAL	ACC. VAG.	CÉSAR.
# naissances vivantes	_____	_____	_____
# adm/transfert en soins intensifs	_____	_____	_____
# mort-nés	_____	_____	_____
# décès néonatals	_____	_____	_____

Nombre de survivants (non transférés ou admis en SI) avec longueur connue du séjour à l'hôpital : _____

Durée moyenne du séjour : _____

Écart : _____

	INDICES APGAR/1 MINUTE			INDICES APGAR/5 MINUTES		
	Total des naissances	Acc. vag.	Cés.	Total des naissances	Acc. vag.	Cés.
# avec indice 0 – 3	_____	___	_____	_____	____	_____
# avec indice 4 – 6	_____	___	_____	_____	____	_____
# Avec indice 7 – 10	_____	___	_____	_____	____	_____

CAS DU CORDON :

	NAISSANCES VIVANTES	MORTS-NÉS	DÉCÈS NÉONATALS	TRANSFERT ET/OU ADMISSION EN SI
# avec pH art. connu	_____	_____	_____	_____
# avec pH art. < 7,2	_____	_____	_____	_____
# avec base tampon art. connue	_____	_____	_____	_____
# avec base tampon art. < 35	_____	_____	_____	_____
# avec pH vein. connu	_____	_____	_____	_____
# avec pH vein. < 7,2	_____	_____	_____	_____
# avec base tampon vein. connue	_____	_____	_____	_____
# avec base tampon vein. < 35	_____	_____	_____	_____

FORMULE TYPE DE COLLECTE DE DONNÉS SUR LES MÉDECINS

MÉDECIN : _____

Total des accouchements : _____ # acc. vaginaux : _____
césariennes : _____

accouchements avec 1 ou plusieurs césariennes antérieures : _____ # acc. vag. _____
cés. _____

césariennes avec indication principale de : Dystocie _____
Siège/présentation anormale _____
Souffrance fétale _____
Césarienne antérieure _____

acc. vaginaux avec durée connue du séjour à l'hôpital : _____ Durée moyenne : _____ Écart : _____
césariennes avec durée connue du séjour à l'hôpital : _____ Durée moyenne : _____ Écart : _____

naissances vivantes : _____

transfert et/ou
admission en SI : _____

survivants (sans transfert ni admission en SI) avec durée connue du séjour à l'hôpital : _____
Durée moyenne : _____
Écart : _____

naissances vivantes avec pH art. connu _____
naissances vivantes avec pH art. < 7,2 _____

naissances vivantes avec base tampon art. connue _____
naissances vivantes avec base tampon art. < 35 _____

naissances vivantes avec pH veïn. connue _____
naissances vivantes avec pH veïn. < 7,2 _____

naissances vivantes avec base tampon veïn. connue _____
naissances vivantes avec base tampon veïn. < 35 _____

Glossaire des termes

Annexe XIII

Amniotomie	Rupture du sac amniotique (poche des eaux qui entoure le foetus) avec un instrument stérile. Pratiquée parfois pour déclencher ou accélérer le travail.
Augmentation du travail	Administration d'ocytocine pour stimuler/accélérer la progression du travail.
Auscultation	Écoute avec un stéthoscope (parfois adapté spécialement) des bruits du corps – p. ex. écoute de la fréquence cardiaque du foetus avec un «foetoscope» spécial; n'utilise pas d'ultrasons ni de techniques électroniques.
AVAC	*A*ccouchement *v*aginal après une *c*ésarienne *a*ntérieure.
Col de l'utérus	Portion de l'utérus qui se prolonge dans le vagin. Le col de l'utérus doit se dilater pendant le travail pour permettre au foetus de naître.
Cotation de Bishop	Système de mesure qui permet d'évaluer si le col de l'utérus est prêt pour le travail. Plus l'indice est élevé, plus le col s'est modifié – p. ex. ramollissement, effacement, légère dilatation.
Déclenchement du travail	Processus par lequel le travail est déclenché artificiellement, souvent par perfusion intraveineuse ou amniotomie.
Déhiscence	Séparation des tissus le long de lignes naturelles ou à l'endroit d'une incision.
Dystocie	Terme général utilisé pour décrire un travail qui progresse plus lentement que prévu ou qui ne progresse pas.
Incision classique	Césarienne par incision verticale jusque dans la portion supérieure de l'utérus; rarement pratiquée.
Intrapartum	Pendant le travail.
Macrosomique	Gros enfant. Expression utilisée habituellement pour désigner un(e) enfant dont le poids dépasse 4 500 g à la naissance.
Monitorage électronique du foetus	Surveillance continue du coeur foetal à l'aide d'un moniteur placé sur l'abdomen de la mère au-dessus de la région du coeur du foetus ou d'une électrode insérée à travers le col de l'utérus et attachée au crâne du foetus. Les contractions sont également surveillées avec un enregistreur placé sur l'abdomen de la femme ou une sonde insérée à travers le col de l'utérus dans le liquide amniotique.
Morbidité	Maladie, anomalie.
Morbidité fébrile	Maladie avec présence de fièvre.
Multigeste	Femme dont ce n'est pas la première grossesse.
Multipare	Femme qui a porté plus d'un(e) enfant.
Nouveau-né(e)	Bébé âgé de 1 à 28 jours.
Nullipare	Femme qui accouche pour la première fois.
Ocytocine	Hormone qui provoque des contractions utérines.
Partographe	Représentation graphique de la durée du travail; utilisé pour aider à poser un diagnostic de dystocie.
Période périnatale	Période qui va de la 28e semaine de la grossesse jusqu'à 28 jours après la naissance.
Post-natal (postpartum)	Après la naissance.
Prénatal (antepartum)	Avant la naissance.
Primigeste	Femme enceinte pour la première fois.
Primipare	Femme qui a accouché ou est en train d'accoucher de son (sa) premier(ère) enfant.
Prostaglandine	Substance active présente dans beaucoup de tissus organiques. La stimulation du muscle utérin peut être causée par certaines des prostaglandines. La substance est produite dans le commerce et vendue sous forme de gel pour stimuler les contractions.

Taux de mortalité périnatale

Le nombre d'enfants mort-nés plus le nombre de décès survenus pendant la période périnatale représentés en taux pour un total de 1 000 naissances (enfants vivants et mort-nés).

Travail

Processus physiologique au cours duquel le foetus est graduellement expulsé de l'utérus dans le vagin puis à l'extérieur du corps. Syn. : accouchement, parturition.

Première phase : (dilatation). Période qui va du début des contractions régulières de l'utérus à la totale dilatation du col de l'utérus. Dure en moyenne 12 heures chez les primipares et huit heures chez les multipares, mais peut prendre plus ou moins de temps.

Phase de latence : La première partie de la première phase; habituellement jusqu'à une dilatation de 3 cm; les contractions ne sont pas fortes et leur rythme n'est pas bien établi. Peut durer de nombreuses heures.

Phase active : La dernière partie de la première phase pendant laquelle le col de l'utérus se dilate plus rapidement et les contractions sont plus fortes.

Deuxième phase : (expulsion). Période qui va de la dilatation complète du col de l'utérus à la naissance de l'enfant. *Dure en moyenne* 50 minutes chez les primipares et 20 minutes chez les multipares, mais peut prendre plus ou moins de temps.

Version par manoeuvres externes

Processus par lequel la personne chargée des soins retourne un foetus en présentation du siège de façon à ce qu'il se présente par le sommet (tête la première), en faisant pression sur l'abdomen de la mère et en guidant le foetus vers la position désirée.